Nr. 31. 4. sierpnia 1935 Rok XIV.

POLSKA GAZETA LEKARSKA

PRACE ORYGINALNE.

Dr. Stefan Łukasz KWIATKOWSKI, Adjunkt Kliniki. Lwów.

W sprawie pochodzenia t. zw. „sarkoidów podskórnych".

Badania eksperymentalne.

Z Kliniki Dermatologicznej U. J. K.
Dyrektor: Prof. Dr. Jan Lenartowicz.

Sprawa sarkoidów podskórnych była tematem, którym zajmowali się i zajmują przedewszystkiem autorowie francuscy. Poza Darier'em wiele spostrzeżeń, odnoszących się do tego zagadnienia, zawdzięczamy Pautrier'owi i Gougerot'owi. Oni to już przed 20-tu laty podnieśli, że sarkoidy podskórne uważać należy za kliniczny i anatomo-patologiczny *zespół objawów,* wywołany *rozmaitemi przyczynami,* przyczem Gougerot wprowadził podział sarkoidów podskórnych na szereg grup, zależnie od pochodzenia: gruźlicze, kiłowe, grzybicowe (grzybica drożdżowa, sporotrychowa), oraz sarkoidy o pochodzeniu nieznanem. Ze strony innych autorów zwrócono uwagę na ziarniaki, leishmanję, wreszcie na trąd, jako na czynniki, mogące dać objawy kliniczne i anatomo-patologiczne, odpowiadające sarkoidom.

Do wyżej przytoczonego podziału dodaje w roku 1921 Gougerot nową, bardzo ważną grupę sarkoidów, *wywołanych ciałami obcemi.*

W dalszej części tej pracy będę miał sposobność omówić jeszcze nieco obszerniej interesujące spostrzeżenia tego wytrawnego dermatologa szkoły francuskiej, odnoszące się do sarkoidów ciał obcych *(Sarcoïdes par corps étrangers).* Gougerot przypisuje im ważne znaczenie i twierdzi, że do ich powstania potrzeba nietylko czynnika *drażniącego,* jakim jest ciało obce, ale także drugiego, równie, a może i ważniejszego czynnika: działania *drobnoustroju.* Tym drobnoustrojem mogą być krętki blade, przedewszystkiem prątki gruźlicy. Celem moich badań było właśnie wywołanie guzów ciał obcych u zwierząt, u których sztucznie stwarzałem oba wyżej przytoczone warunki, konieczne, wedle Gougerot'a, do powstawania guzów tego typu: 1) wstrzykiwałem królikom pod skórę ciało obce i 2) zakażałem je gruźlicą lub kiłą.

Ponieważ w piśmiennictwie światowem coraz częściej zwraca się uwagę na „parafiniaki", do tego zaś w przypadkach, opisanych przez Gougerot'a, właśnie ciała oleiste stanowiły wspomniany czynnik drażniący, przeto, aby stworzyć w ustroju zwierzęcym możliwie te same warunki, jakie zachodzą u człowieka, używałem parafiny.

W moich doświadczeniach używałem parafiny twardej o punkcie topliwości 52°. Takiej właśnie parafiny, wprowadzonej przez Eckstеina dla celów kosmetycznych, a nie płynnej, używałem z dwóch powodów: po pierwsze królik ma bardzo wiotką tkankę podskórną, wskutek czego parafina płynna ulega bardzo szybko przemieszczeniu i nie można śledzić miejsca jej usadowienia się. Również parafina stała, lecz miękka, choć utrzymuje się pod skórą w miejscu wstrzyknięcia przez czas dłuższy, przecież w jakiś czas potem ulega przesunięciu i wchłanianiu. Jest bowiem rzeczą znaną, że parafina miękka traci w ustroju na objętości; jedni (Meyer) odnoszą to do powolnego jej utleniania, inni (Hüper) do odszczepienia grup CH_2 wskutek procesów fermentacyjnych. Skutkiem tego staje się ona bardziej miękka, co ułatwia jej przemieszczenie; króliki po wstrzyknięciu takiej parafiny (o punkcie topliwości 37—43°) ginęły w doświadczeniach Comstocka po kilku miesiącach skutkiem zatorów.

Drugą przyczyną, dla której używałem parafiny twardej, było to, że wywołuje ona inny odczyn, niż parafina miękka, a raczej, że odczyn ten przebiega znacznie *wolniej.* Po wstrzyknięciu parafiny miękkiej przychodzi do odczynu tkanki i wytworzenia się stanu zapalnego w postaci wysiękowej, a przedewszystkiem wytwórczej (produktywnej), t. j. bujania tkanki łącznej, obfitującej w komórki łącznotkankowe, oraz w nacieki, bądź w postaci skupień, bądź rozlanej. Nacieki te, składające się z ciałek białych wielojądrzastych, nielicznych limfocytów i komórek nabłonkowatych, przechodzą stopniowo na okoliczne tkanki. Brak otorbienia tłumaczy Kirschner w ten sposób, że parafina miękka, ulegając wchłanianiu przez komórki, niejako wędruje, dzięki czemu odczynowy proces zapalny nie może się ograniczyć i przesuwa się ciągle w miarę, jak parafina „wędruje". Co znów dotyczy oliwy, to niemałą rolę odgrywa tu uraz (Chiurco), pod wpływem którego oliwa, zamknięta w jamach, przenika w tkankę okoliczną, powodując tam powstawanie nowych ognisk zapalnych. Zgadza się to ze spostrzeżeniem Kirschnera, który stwierdzał parafinę miękką w okolicznych mięśniach.

Parafina twarda natomiast „nie wgaja się", lecz zostaje w całości otoczona włóknistą tkanką łączną. Właśnie dlatego wprowadził Eckstein do zabiegów kosmetycznych parafinę twardą w miejsce miękkiej, używanej przez Gersuny'ego. Tę samą różnicę w działaniu parafiny o różnym punkcie topliwości stwierdza także Stein.

Ściśle rzecz biorąc, różnica między odczynem tkanki, wywołanym przez parafinę miękką a odczynem, jaki powoduje parafina twarda, nie jest jakościowa, lecz *ilościowa:* z otaczającej złoże parafiny torebki oraz z tkanki podścieliskowej wrasta z biegiem czasu w jego głąb tkanka łączna, dzieląc całą masę parafiny na szereg coraz mniejszych brył i bryłek, przyczem rolę straży przedniej w tym procesie odgrywają, wedle Kirschnera, komórki olbrzymie, wysyłające w głąb parafiny wypustki w rodzaju „nibynóżek". Ostatecznie cała masa zostaje porozbijana na mnóstwo bryłek, które ulegają wchłonięciu. Proces ten jednakże odbywa się nieporównanie wolniej, niż przy wchłanianiu parafiny miękkiej; odpowiednio do tego odczyn zapalny jest znacznie słabszy.

W doświadczeniach moich chodziło mi o wybór takiego ciała obcego, któreby samo przez się możliwie najmniej drażniło i wywoływało możliwie najłagodniejszy odczyn zapalny ze strony tkanki podskórnej; nie zależało mi na stwierdzeniu sposobu oddziaływania ustroju na ciało obce, lecz na przekonaniu się, jak zachowa się w stosunku do ciała obcego ustrój *zakażony.* Dla tego celu nadawała się parafina twarda. Tę też wybrałem.

Doświadczenia przeprowadzałem wyłącznie na królikach. Jest to spośród małych zwierząt najłatwiej dostępne zwierzę doświadczalne, a przytem mniej wrażliwe na gruźlicę, niż świnka morska. Zależało mi bowiem na tem, by zwierzę żyło dłużej i aby zakażenie nie przebiegało zbyt ostro. Dla tego samego też powodu używałem królików dorosłych, nierasowych, silnych i dobrze odżywianych. Dodam, że starałem się oszczędzać możliwie zwierzętom bólu. Zabiegi polegały jedynie na wstrzyknięciach wśród- i podskórnych oraz dożylnych. Miejsce, w którem znajdowało się złoże parafiny, wycinałem tylko po śmierci samoistnej lub po umyślnem zabiciu zwierzęcia. W nielicznych przypadkach, w których wycinałem gruczoły chłonne celem przeszczepienia ich na świnki morskie, wykonywałem zabieg w uśpieniu wodnikiem chloralu, wedle sposobu, używanego w Zakładzie Farmakologji Prof. Koskowskiego.

Równocześnie z doświadczeniami na zwierzętach zakażanych, przeprowadzałem także badania kontrolne, wstrzykując parafinę królikom zdrowym.

Materjał mój obejmuje trzy grupy:

A)	Grupę kontrolną —	12	królików
B)	„ gruźliczą —	51	„
C)	„ kiłową —	5	„
	Razem	68	królików

Sposób wstrzykiwania parafiny był następujący: Parafinę, roztopioną na łaźni wodnej, wstrzykiwałem zwierzętom pod ogoloną skórę na zewnętrznej powierzchni uda, przestrzegając oczywiście wszelkich zasad jałowości. Należało uważać, aby parafina była ogrzana dokładnie do punktu topliwości lub tylko nieznacznie powyżej niego, ciepłota bowiem wyższa mogłaby spowodować oparzenie, a nawet martwicę tkanki. Zabieg należy wykonywać bardzo szybko, aby parafina nie krzepła w igle. Natychmiast po wstrzyknięciu trzeba, przez odpowiednie ugniatanie, nadać jej postać płaskiej płytki. U 9 królików spostrzegałem w miejscu wstrzyknięcia martwicę skóry; już na następny dzień widać było silny rumień i obrzęk skóry, a po 3—10 dniach two-

rzyła się głęboka martwica, po której oddzieleniu ukazywał się ubytek, sięgający aż do tkanki podskórnej, t. j. do złóż parafiny, przeświecającej białawo na dnie ubytku i wydobywającej się nazewnątrz za uciskiem w postaci twardej bryłowatej masy. Zwierząt tych w dalszych badaniach już nie uwzględniałem. Pozatem parafina wrastała bardzo dobrze, nie wywołując żadnego dostrzegalnego odczynu zapalnego, ani ze strony skóry, ani ze strony tkanki podskórnej. Przedstawiała się ona, jako płytka twarda, płaska, umieszczona w tkance podskórnej, lecz przesuwalna wraz ze skórą ponad mięśniami uda. Skóra ponad płytką była albo silnie napięta, o lekkim odcieniu żółtawym, albo też dawała się ująć w drobne fałdy i przesunąć ponad parafiną. Miejsce wstrzyknięcia parafiny zaznaczało się za życia zwierzęcia, jako lekki, płaski wzgórek, o granicach zatartych. Natomiast dotykiem można było zawsze dokładnie oznaczyć postać złóż parafinowych i wyczuć ich brzegi, ostro odcinające się od otoczenia. Płytka miała przeważnie kształt krągły lub nieregularnie owalny, zwykle najgrubsza była w środku, zaś najcieńsza na brzegach. Jeszcze raz podkreślam, że we wszystkich trzech grupach doświadczeń brałem pod uwagę jedynie te przypadki, w których skóra ponad parafiną nie wykazywała *żadnych objawów zapalnych.* Poza wspomnianą powyżej martwicą spostrzegałem niekiedy ropnie, tworzące się po kilku tygodniach, choć początkowo parafina uległa dobrze wrośnięciu. Ropnie te przebijały po upływie kilku do kilkunastu dni, tworząc przetoki, na których dnie przeświecała parafina. Za uciskiem wydobywała się ona nazewnątrz w postaci grudkowatej, ziarnistej masy, pomieszanej z treścią ropną. Oczywiście tych zwierząt potem nie uwzględniałem.

Po oddzieleniu skóry widać było na dolnej jej powierzchni parafinę w postaci płytki żółtawo przeświecającej, doskonale zrośniętej ze skórą i tylko wraz z nią dającej się oddzielić. Płytka ta pokryta była na dolnej swej powierzchni warstewką tkanki łącznej, słabo unaczynioną, wykazującą niezbyt silny odczyn zapalny. Grubość złóż była rozmaita i wynosiła 0,3—0,8 mm na środku przekroju; torebka była grubości pergaminu do 1—2 mm. W tych przypadkach, w których nie wykazywała ona żadnego odczynu zapalnego, kończyła się tuż poza brzegami płytki, przechodząc niespostrzeżenie na dolną powierzchnię skóry, natomiast tam, gdzie odczyn zapalny był żywszy, warstewka tkanki łącznej sięgała nieco dalej i pokrywała dolną powierzchnię skóry w odległości 0,5—2 cm od brzegów złóż parafiny.

Zachowanie się parafiny wewnątrz torebki tkanki łącznej było różne: albo była ona otulona nią, jakby płaszczem, i po nacięciu torebki dawała się łatwo w całości wyłuszczyć, zostawiając jamkę o ścianach gładkich, albo też, co częściej się zdarzało, była zespolona ze ścianami torebki, coprawda luźno i wówczas można ją było usuwać tylko częściami, t. j. w postaci pojedyńczych bryłek. Polegało to na tem, że torebka przeważnie nie otaczała jednej jamy, lecz podzielona była zapomocą bardzo delikatnych przegród na pojedyńcze, mniejsze lub większe komory, nakształt suszu pszczelnego lub gąbki. W każdej przegrodzie tkwiła bryłka parafiny. To zachowanie się parafiny było na skrawkach dostrzegalne nawet gołem okiem, w postaci siatki o mniejszych lub większych okach, z których parafina została usunięta przez zwyczajnie używane sposoby utrwalania. Dla tej przyczyny nie mogłem wykonywać przekrojów przez środek złóż parafinowych; grubość ich bowiem była w tem miejscu największa, jamy najrozleglejsze. Po rozpuszczeniu parafiny w wyskoku i ksylolu, jamy parafinowe zapadały się, skrawki sprawiały wiele kłopotu przy cięciu, a preparaty traciły na przejrzystości. Na obwodzie złóż jamy były coraz mniejsze, dzięki czemu nie było większych trudności w krajaniu, obraz drobnowidowy był dość jasny. Dlatego też do badania wycinałem skrawki z brzegów złóż parafinowych.

Z każdego skrawka sporządzano preparaty, barwione hematoksyliną Gage-eozyną, elastyną „H" Hollborna (1% roztwór alkoholowy), oraz wedle metody v. Giesona. Skrawki, pochodzące od zwierząt gruźliczych, barwiono ponadto wedle metody Ziehl-Neelsena.

Grupa królików kontrolnych obejmuje 12 zwierząt zdrowych, niezakażonych, przyczem brałem pod uwagę tylko te króliki, u których po zabiciu nie stwierdziłem żadnych zmian w narządach wewnętrznych. Króliki zabijano w różnych odstępach czasu po wstrzyknięciu parafiny (= 8—20 tygodni). Większej jakiejś różnicy, zależnie od czasu pozostawania parafiny w ustroju, w obrazie mikroskopowym nie zauważyłem. W żadnym przypadku nie stwierdziłem żywszego bujania tkanki łącznej na dolnej powierzchni złóż parafiny.

Największą grupę moich badań stanowią doświadczenia na królikach zakażanych gruźlicą. Znaną jest rzeczą, że królik w stosunku do różnego rodzaju prątków gruźliczych zachowuje się rozmaicie, a przytem inaczej, niż świnka morska. Na gruźlicę bydlęcą i ptasią jest bardzo wrażliwy, znacznie zaś mniej na ludzką. W badaniach moich starałem się uwzględnić tę odmienną zjadliwość poszczególnych typów prątków gruźlicy, dlatego też jedne króliki zakażałem gruźlicą bydlęcą, inne ludzką, inne wreszcie szczepem Calmette'a i Guérin'a (B. C. G.).

A) Króliki zakażane gruźlicą bydlęcą.

W doświadczeniach swoich używałem do zakażenia drogi: 1) doskórnej, 2) podskórnej i 3) dożylnej.

Prątki wprowadzałem do skóry w dwojaki sposób: a) bądźto wstrzykiwałem wsródskórnie 0,01 mg hodowli, bądź też b) wcierałem je w lekko nacinaną powierzchnię skóry. W jednym i drugim wypadku wykonywałem zabieg zawsze na zewnętrznej powierzchni uda prawego.

Zakażenie podskórne jest złośliwsze i prowadzi prędzej do śmierci zwierzęcia. Prątki wstrzykiwałem w dawkach po 0,005—0,01 mg, zawsze na zewnętrznej powierzchni uda prawego.

Celem zakażenia drogą dożylną, wstrzykiwałem królikom w żyłę brzeżną ucha zawiesinę, zawierającą 0,001—0,002—0,005 mg prątków w roztworze fizjologicznym. Zwierzęta ginęły lub zabijano je po $3^1/_2$—$4^1/_2$ miesiącach.

Nie mogłem wszystkich zaszczepionych zwierząt uwzględnić w swoich badaniach; uwzględniałem tylko te, które ginęły spowodu gruźlicy i to nieprędzej, jak przed upływem $3^1/_2$ miesięcy, albo też takie, u których po zabiciu stwierdzałem zmiany w narządach wewnętrznych. Tylko takie też króliki brałem pod uwagę, u których parafina nie wywołała ani ropni, ani martwicy skóry. Ostatecznie w grupie zwierząt, zakażanych prątkami gruźlicy typu bydlęcego, uwzględniłem 22 króliki, z których 5 zakaziłem drogą doskórną (L. prot. 1—5), 3 — drogą podskórną (L. prot. 6—8), zaś 14 królików drogą dożylną (L. prot. 9—22).

B) Króliki zakażane gruźlicą ludzką.

Podobnie, jak w grupie poprzedniej, tak w tej, zakażałem zwierzęta w trojaki sposób: 1) wśródskórnie, 2) podskórnie oraz 3) dożylnie. W zestawieniach końcowych uwzględniłem tylko te króliki, które wykazywały cechy następujące: a) parafina wrastała dobrze bez wywołania martwicy lub ropnia; b) odczyn tuberkulinowy był dodatni (rumień i naciek średnicy 0,8— 1 cm); c) zwierzę po zabiciu nie wykazywało, poza gruźlicą, którą zresztą nie zawsze stwierdzałem, żadnych innych zmian chorobowych. Za zakażone uważałem te króliki, u których po zabiciu stwierdzono gruźlicę płuc, albo też te, które za życia wykazywały dodatni odczyn tuberkulinowy.

W zestawieniu końcowem mogłem uwzględnić 18 królików; jednego z nich zakaziłem drogą wśródskórną (L. prot. 23); 3 — drogą podskórną (L. prot. 24—26), zaś 14 królików drogą dożylną (L. prot. 27—40).

C) Króliki szczepione hodowlą Calmette'a i Guérin'a.

Jak w innych grupach, tak w tej dobierałem starannie materjał i w zestawieniu końcowem uwzględniłem tylko 11 królików (L. prot. 41—51), u których parafina nie wywołała martwicy ani ropni skóry, a u których po zabiciu nie stwierdziłem żadnych zmian w narządach wewnętrznych. Wszystkie zwierzęta szczepiłem dożylnie dużemi dawkami prątków Calmette'a i Guérin'a (5—100 mg); króliki zabijano po upływie $2^1/_2$—3 miesięcy.

D) Króliki zakażane kiłą.

Najmniejszą grupę w moich doświadczeniach stanowiły króliki zakażane kiłą. Pochodziły one z doświadczalnego materjału Prof. Lenartowicza. W zestawieniu końcowem uwzględniłem 5 królików (L. prot. 52—56), z których jeden był szczepiony materjałem ludzkim, inne zaś króliczym, pochodzącym od zwierząt, szczepionych w rozmaitych pasażach króliczych (1—9—13-ty i t. d.) szczepem ludzkim. Jako materjału szczepiennego używano zawsze rozdrobnionych cząstek jąder króliczych, wykazujących bądź zmiany typu ograniczonego zapalenia jąder *(orchitis circumscripta)*, bądź też zmiany pierwotne, o cechach owrzodzeń pierwotnych *(sclerosis initialis)*.

Protokóły badań.

Obraz mikroskopowy skrawków, wyciętych ze złóż parafinowych królików kontrolnych, kiłowych oraz większości gruźliczych, przedstawiał się mniejwięcej jednakowo. Dlatego też przytaczam protokóły, dotyczące tylko 4 królików, u których złoża parafiny wykazywały utkanie odmienne od zasadniczego typu. Były to zwierzęta, zakażone dożylnie prątkami gruźlicy typu bydlęcego.

L. prot. 9. — Królik Nr. 7. Zakażenie: 8. I. 1935 (0,002 mg). Parafina: 20. I. 1935 (1 cm^3). Odczyn tuberkulinowy: 8. III. 1935: +++. Królika zabito 22. V. 1935 w stanie znacznego wychudzenia. Czas trwania zakażenia: 135 dni; parafina pozostawała w ustroju 123 dni. Sekcja wykazała gruźlicę płuc i nerek. oraz powiększone i częściowo zserowaciałe gruczoły wnękowe i krezkowe. Blaszka tkanki łącznej na dolnej powierzchni złóż parafiny nie wykazuje żadnego odczynu zapalnego.

Badanie mikroskopowe: w słabo rozwiniętej tkance podścieliskowej stwierdza się rozszerzone naczynia krwionośne, skąpe nacieki drobnokomórkowe, oraz skupienia komórek okrągłych lub owalnych o piankowej budowie protoplazmy, z jądrem leżącem na obwodzie. Komórki te barwią się sudanem na pomarańczowo, odpowiadają więc młodym komórkom tłuszczowym *(lipoblastom)*; leżą one w skupieniach, nadając tkance podścieliskowej wygląd piankowaty. W wielu miejscach spostrzega się „mostki", składające się wyłącznie z protoplazmy i jąder, a przebiegające przez środek niektórych jamek. Stwierdza się liczne komórki olbrzymie około ciał obcych; ich jądra leżą bądź w środku komórek, bądź też ułożone są na obwodzie, wskutek czego powstaje obraz, przypominający nieco komórki olbrzymie typu L a n g h a n s a. W kilku miejscach spotyka się w sąsiedztwie komórek olbrzymich komórki podobne do nabłonkowatych. W jednem miejscu dostrzega się gruzełkowate skupienie komórek nabłonkowatych, otoczone dość gęstym wałem limfocytów. Mimo poszukiwań, przeprowadzanych na serji skrawków, podobnych gruzełkowatych skupień więcej nie znalazłem. Tu i ówdzie stwierdza się w tkance podścieliskowej cienkie i krótkie strzępy włókien sprężystych.

L. prot. 10. — Królik Nr. 8. Zakażenie: 8. I. 1935 (0,002 mg). Parafina: 20. I. 1935 (1 cm^3). Odczyn tuberkulinowy: 8. III. 1935: +++. Królik padł 19. V. 1935 w stanie znacznego wychudzenia. Czas trwania zakażenia: 130 dni, parafina pozostawała w ustroju 118 dni. Sekcja wykazała gruźlicę płuc, wątroby, nerek, oraz gruczołów wnękowych i krezkowych. Blaszka tkanki łącznej na dolnej powierzchni złóż parafiny wykazuje dość żywy odczyn zapalny i sięga na 10—15 mm poza ich brzegi. Złoża parafiny przylegają luźno do skóry, przy nacinaniu oderwały się, wobec czego skrawek obejmuje skórę z małą tylko częścią złóż parafiny.

Badanie mikroskopowe: w części łącznotkankowej skóry stwierdza się obrzęk miernego stopnia, oraz dość liczne, rozszerzone naczynia krwionośne. Im głębiej, tem obrzęk jest wyraźniejszy i prowadzi do wytworzenia się „jeziorek" z rozszerzonych naczyń chłonnych *(„Lymphseen")*. W tkance podścieliskowej, obrzękłej i obficie rozwiniętej, stwierdza się naczynia o napęczniałych śródbłonkach. Uderza w tej tkance *wielopostaciowość* komórek, wykazujących również cechy obrzęku. I tak stwierdza się: liczne młode komórki łącznotkankowe w rozmaitych przekrojach; duże komórki, o skąpej ilości protoplazmy, o nerkowatem jądrze, leżącem na obwodzie; nieliczne limfocyty, tworzące miejscami drobne skupienia; nieliczne komórki plazmatyczne; komórki podobne do nabłonkowatych, leżące przeważnie w pobliżu jam; ciałka białe wielojądrzaste; komórki olbrzymie około ciał obcych, wreszcie duże komórki kształtu gruszkowatego, o jednem lub dwu, dość silnie barwiących się jądrach, ułożonych na tym samym lub na przeciwnych biegunach. W miarę oddalania się od powierzchni skóry, tkanka ziarninowa zmienia swoje cechy; spostrzega się coraz więcej nacieku drobnokomórkowego, składającego się przeważnie z ciałek białych wielojądrzastych. Wreszcie dochodzi się do miejsca, w którem gęsty wał tych ciałek otacza ognisko martwicy kariorektycznej.

L. prot. 12. — Królik Nr. 16. Zakażenie: 8. I. 1935 (0,002 mg). Parafina: 20. I. 1935 (1 cm^3). Odczyn tuberkulinowy: 8. III. 1935: +++. Królika zabito 8. VI. 1935 w stanie bardzo daleko posuniętego wyniszczenia. Czas trwania zakażenia: 152 dni. Parafina pozostawała w ustroju 140 dni. Sekcja wykazała rozległą gruźlicę płuc, nerek, oraz gruczołów wnękowych. Skóra nad złożem parafiny jest nieco uwypuklona, lecz nie wykazuje cech stanu zapalnego; w środku wyczuwa się rozmiękanie na przestrzeni wielkości małego ziarna soczewicy. Po odsłonięciu skóry stwierdza się żywy odczyn tkanki łącznej w postaci przekrwienia, oraz dość żywego bujania. Tkanka ta sięga na kilka centymetrów poza brzegi złóż i wysyła dość liczne, krótkie pasma ku powięzi mięśni uda. Poza brzegami złóż spostrzega się luźno leżące, pojedyńcze bryłki parafiny, przypominające ziarna saga. Na przekroju przez środek złoża parafiny stwierdza się szarawo-żółtawe serowate ognisko, leżące tuż nad parafiną w tkance podskórnej i przechodzące częściowo na skórę właściwą. W tem miejscu złoża parafiny przylegają luźno do skóry.

Badanie mikroskopowe: a) skrawek z ogniska serowatego, usadowionego w środku, ponad złożami parafiny wykazuje zupełnie typowe utkanie *gruźlicze:* w tkance podskórnej stwierdza się ognisko martwicy, o średnicy 5 × 2 mm, o budowie zupełnie zatartej, otoczone wąskim rąbkiem, składającym się z *gruzełków.* Gruzełki te wytworzone są przeważnie z komórek nabłonkowatych, otoczonych wałem komórek limfoidalnych. W środku gruzełków spostrzega się liczne komórki olbrzymie typu L a n g h a n s a. Włókna klejorodne, podobnie jak i sprężyste, uległy w obrębie ogniska serowatego całkowitemu zniszczeniu. Stwierdza się ponadto pojedyńcze gruzełki w dolnych pokładach skóry właściwej. Mimo skrzętnych poszukiwań nie znaleziono prątków, tu i ówdzie tylko pojedyńcze kwasochłonne ziarenka, co do których istoty trudno mi jest stanowczo wypowiedzieć się.

b) Skrawek wycięty w odległości około 5 mm od poprzedniego wykazuje bardzo silnie rozszerzone i wypełnione krwią naczynia, oraz nacieki zapalne, leżące miejscami między złożem parafiny a warstewką mięśni podskórnych. Część złóż parafiny, widoczna na tym skrawku, pochodzi z miejsca usadowionego pod wyżej opisaną zmianą gruźliczą.

c) Skrawek wycięty w odległości 1 cm od brzegu złóż parafiny: w obficie rozwiniętej tkance podścieliskowej stwierdza się liczne naczynia krwionośne, oraz nacieki drobnokomórkowe z przewagą limfocytów, umieszczone przeważnie dokoła jam i naczyń. Miejscami spostrzega się skąpe komórki plazmatyczne, całe smugi młodych komórek łącznotkankowych, oraz tu i ówdzie wśród nich rozsiane drobne, pasmowate skupienia komórek nabłonkowatych. Nigdzie nie stwierdzono gruzełków.

d) Skrawek wycięty w odległości 2 cm od złóż parafiny nie wykazuje żadnych cech, zasługujących na uwagę.

Ponieważ natychmiast po oddzieleniu skóry stwierdziłem wyżej opisane ognisko gruźlicze, przeto przy sekcji przeszukałem możliwie najdokładniej całą skórę zwierzęcia, aby przekonać się, czy nie stwierdzę podobnych zmian w innem miejscu, poza złożami parafiny. Znalazłem też na brzuchu 2 małe ropnie tkanki podskórnej. Ropnie te, każdy wielkości dużego ziarna soczewicy, nie wykazywały jednak cech utkania gruźliczego, lecz przedstawiały się jako gęste skupienia ciałek białych wielojądrzastych. Prócz drobnych zdarć naskórka, pochodzących z zadrapania, nie stwierdziłem pozatem na skórze tego królika żadnych zmian.

L. prot. 15. — Królik Nr. 32. Zakażenie: 6. II. 1935 (0,002 mg). Parafina: 30. I. 1935 (1 cm^3). Odczyn tuberkulinowy: 8. IV. 1935: ++, 10. V. 1935: +++. Czas trwania zakażenia: 123 dni. Parafina pozostawała w ustroju 130 dni. Królika zabito 8. VI. 1935 w stanie dość dobrym. Sekcja wykazała liczne drobne gruzełki w płucach, oraz powiększone i częściowo zserowaciałe gruczoły wnękowe. Blaszka tkanki łącznej na dolnej powierzchni złóż parafiny wykazuje dość obfite bujanie. Na przekroju przez środek złóż stwierdza się guzek wielkości soczewicy, ostro odgraniczony, zbity, szarawo-różowy, odcinający się od otaczającej go ze wszystkich niemal stron parafiny, na pewnej tylko, małej przestrzeni przylegający bezpośrednio do skóry.

Badanie mikroskopowe: wspomniany guzek utworzony jest przez tkankę łączną, mniej lub więcej zbitą, miejscami o budowie siateczkowatej; wśród włókien klejorodnych stwierdza się dość liczne młode komórki łącznotkankowe. Na obwodzie guzka spostrzega się skupienia nacieków zapalnych, drobnokomórkowych, wśród nich nieliczne komórki plazmatyczne, oraz pojedyńcze kwasochłonne. Naczynia krwionośne, w środku guza nieliczne, są dość obficie rozwinięte na jego obwodzie i wykazują zmiany, dotyczące przydanki, w postaci bujania jej komórek, których kształt jest wrzecionowaty lub okrągły. Włókna sprężyste, w obrębie guzka niewidoczne, są dość dobrze utrzymane w przylegającej do niego partji skóry. W złożach parafiny, otaczających opisany guzek, stwierdza się bardzo obficie rozwiniętą tkankę podścieliskową, o licznych naczyniach krwionośnych i miernie licznych młodych komórkach tkanki łącznej.

Dok. nast.

Dr. M. SCHOENBERG. Kraków.

Rzadki przypadek hepatosplenomegalji u dziecka.

Z Oddziału Chorób Dzieci Szpitala św. Łazarza.
Ordynator: Dr. J. G o ł ą b.

Rozważając pochodzenie niektórych równoczesnych powiększeń śledziony i wątroby, t. zw. ogólnie hepatosplenomegalji, natrafiamy na niedające się pokonać trudności w zaliczaniu owych zespołów do znanych dotąd jednostek chorobowych. Badania anatomo-patologiczne i histochemiczne ostatnich lat wykazały, iż pod obrazem klinicznym owych „ciemnych" przypadków hepatosplenomegalji kryją się schorzenia układu siateczkowo-śródbłonkowego i zaburzenia w przemianie tłuszczów i ciał tłuszczowa-

tych. Do tej grupy schorzeń zaliczamy i nasz przypadek, który ze względu na nieopisany dotąd zespół objawów zasługuje na uwagę.

Chłopiec, żyd, lat 10, zgłosił się dnia 21 stycznia 1935 r. do przychodni naszego Szpitala, z następującemi dolegliwościami: od 8 miesięcy odczuwa bóle w krzyżach i w brzuchu, a od 4 miesięcy brzuch wyraźnie się powiększył. Dolegliwości te miały wystąpić nagle u dziecka przedtem zupełnie zdrowego. Średni z trojga zdrowych dzieci, dziecko zdrowych rodziców, karmiony w niemowlęctwie piersią, rozwijał się zupełnie prawidłowo. — Mieszka stale na wsi.

Dziecko prawidłowo zbudowane. Skóra blada, bez odcienia żółtaczkowego, wykazuje oprócz rozsianych, zwłaszcza na tułowiu i odnóżach górnych, znamion barwikowych, na twarzy, przedramionach i podudziach pojedyncze wykwity o cechach drobnych naczyniaków *(haemangioma verrucosum* histopatologicznie stwierdzone).

Brzuch wyraźnie powiększony. Podżebrze prawe wypełnia duża wątroba, sięgająca w linji sutkowej prawej na szerokość czterech palców, a w linji sutkowej lewej na szerokość trzech palców poniżej łuków żebrowych. Spoistość powiększonego narządu prawidłowa, powierzchnia gładka, brzegi ostre. Brak bolesności uciskowej. Śledziona niepowiększona. Wolnego płynu w jamie brzusznej nie stwierdza się. Rozszerzenia żył na powłokach brzusznych brak. Gruczoły chłonne, za wyjątkiem gruczołów pachowych, macalne, rozmaitej wielkości, od drobnego groszku do ziarna fasoli, twarde, niebolesne, ruchome, na podstawie niezrośnięte ze skórą.

Inne narządy, za wyjątkiem wysokiego ustawienia przepony i spowodowanego tem nieznacznego przesunięcia serca poza lewą linję sutkową, nie wykazują zmian. Potwierdza to badanie rentgenologiczne klatki piersiowej i kośćca.

Badanie moczu nie wykazuje nic nieprawidłowego. Odczyn Wassermanna ujemny. Odczyn Pirqueta i Mantoux ujemne. Badanie krwi wykazuje niedokrwistość nieznacznego stopnia (c. czer. 3,280.000 Hb. 74%) i silną leukopenję (3.800 c. białych w 1 mm^3). W rozmazie stwierdza się neutropenję i limfocytozę. Układ hemostatyczny prawidłowy. Początek hemolizy krwinek przy rozcieńczeniu 0.4% roztworu soli kuchennej. Próba Hymansa v. d. Bergha bezpośrednia, jak i pośrednia ujemne. Ilość cholesteryny w surowicy krwi wynosi 363 mg%. Ilość cukru we krwi 100 mg%. Po podaniu 40 g galaktozy chory nie wydzielił cukru w moczu. W czasie pobytu w szpitalu, który trwał do 23 marca, stwierdziliśmy powiększenie się tak wątroby, jak i śledziony. Wątroba w chwili opuszczania Szpitala przez dziecko doszła w linji sutkowej prawej do dolnego kolca kości biodrowej, śledziona zaś wystaje na szerokość 4 palców poniżej łuku żebrowego w linji pachowej lewej. Oba narządy posiadają spoistość prawidłową, powierzchnię gładką, brzegi prawidłowe i nie są bolesne. Obwód brzucha wzrósł, wolnego płynu w jamie brzusznej nie stwierdzono. Mocz stale bez zmian. Badania krwi kilkakrotnie przeprowadzone nie różniły się zasadniczo od siebie. Niedokrwistość wzmagała się (c. czerw. 2,230.000 — Hb. 54%). Ilość ciałek białych wahała się w granicach około 3.000 w 1 mm^3, a w rozmazie utrzymuje się neutropenja, limfocytoza i pojedyncze krwinki jądrzaste. Brak postaci nieprawidłowych. Przeprowadziliśmy badania przyżyciowe szpiku kostnego (nakłucie mostka), jakoteż śledziony. Badanie uzyskanych tą drogą rozmazów, barwionych metodą May-Grünwald-Giemsa przeprowadził Dr. Braun. Szpik kostny i śledziona wykazywały zanik prawidłowych składników morfotycznych tych narządów. Zamiast normalnego wielopostaciowego utkania komórkowego, spotykamy prawie wyłącznie duże komórki o cechach myeloblastów. Komórki te odznaczają się dużem, zasadowo barwiącem się jądrem i wąskim rąbkiem, również zasadowo barwiącej się protoplazmy. W komórkach tych spotykamy, po kilka w każdej komórce, wodniczki silnie łamiące światło. Obecność tych wodniczek stwierdzamy miejscami i poza obrębem komórki w miazdze tkankowej. Badanie rozmazów na obecność tłuszczów barwikiem Sudan III dało dwukrotnie wynik ujemny.

Rozważając nasz przypadek, musimy zwrócić uwagę na kilka uderzających objawów w obrazie chorobowym. Długi czas trwania, powiększenie wątroby i śledziony, przyczem na czoło występuje duża, gładka, niebolesna wątroba. Dobry stan ogólny i brak jakichkolwiek dolegliwości. W obrazie krwi obwodowej, za wyjątkiem stale utrzymującej się leukopenji i postępującej anemji o cechach niedokrwistości wtórnej, nie stwierdzaliśmy innych zmian. Nakłucie szpiku kostnego i śledziony pozwoliło nam stwierdzić obecność charakterystycznych poprzednio opisanych komórek. Poziom cholesteryny we krwi przekracza o przeszło 100% prawidłową zawartość cholesteryny.

W poszukiwaniu jednostki chorobowej najbardziej odpowiadającej powyższemu zespołowi objawów musimy wymienić chorobę Nieman-Picka (1). Rzadka ta choroba opisaną została w roku 1914, a od tego czasu zebrano 17 przypadków, z tych jeden opisany został przez Chwalibogowskiego i Schusterówną (2). Choroba ta dotyczy niemowląt, przeważnie rasy semickiej, ma podłoże rodzinne i kończy się z zasady śmiercią przed ukończeniem 2 roku życia. Na pierwszy plan w obrazie chorobowym występuje duże powiększenie wątroby i wzrost cholesteryny we krwi. Histopatologiczne badania choroby Nieman-Picka pozwoliły stwierdzić we wszystkich prawie narządach (wątroba, śledziona, szpik kostny, gruczoły chłonne, trzustka, płuca, układ nerwowy i t. d.) obecność komórek pochodzenia siateczkowo-śródbłonkowego. Są to duże komórki o nieregularnych kształtach, rozrzucone w miąższu narządów, zawierające małe, okrągłe jądro. Protoplazma barwi się czerwono barwikami kwaśnemi i zawiera duże, wyraźne wodniczki. Szereg autorów mówi o budowie piankowatej tych komórek. Charakterystycznym objawem jest zanik prawidłowych komórek w narządach chorych, a bujanie komórek N.-P. kosztem prawidłowego utkania. Komórki N.-P. są zdaniem większości autorów pochodzenia łącznotkankowego i różnią się wyraźnie wyglądem i barwieniem od leukocytów. Histochemicznie stwierdzono w nich obecność lipoidów. We krwi obwodowej tych komórek nie znaleziono. Choroba Nieman-Picka jest blisko spokrewniona w swej istocie z chorobą Gauchera. Komórki opisane w naszym przypadku różnią się zasadniczo od komórek Nieman-Picka, są to bowiem elementy pochodzenia szpikowego (myeloblasty). Stwierdzenie zaś obecności lipoidów w wodniczkach nie powiodło się. Pragnę zaznaczyć, iż Baty (3) w opisanym przez siebie przypadku choroby Nieman-Picka stwierdza obecność wodniczek nietylko w komórkach pochodzenia łącznotkankowego (histjocytach), ale i w leukocytach. Prawdopodobnem jest, iż pomimo ujemnego wyniku mamy jednak do czynienia z obecnością ciał tłuszczowatych w komórkach przez nas opisanych. Świadczy za tem wysoki poziom cholesteryny we krwi i obecność silnie łamiących światło wodniczek, poza obrębem komórek w miazdze tkankowej. Oprócz zasadniczych różnic morfologicznych między komórkami znalezionemi u naszego chorego, a komórkami N.-P. i w obrazie klinicznym występują pewne różnice. Wskazuje na to nagły początek choroby, bez jakiegokolwiek obciążenia dziedzicznego i konstytucjonalnego, jakoteż późny wiek i długotrwały przebieg.

Kilka uwag rozpoznawczych muszę poświęcić białaczce szpikowej. Metaplazja myeloblastyczna szpiku kostnego i śledziony mogłaby nasunąć nam podejrzenie w tym kierunku. Charakterystycznych objawów białaczki szpikowej ostrej brak w naszym przypadku. Długi czas trwania, bez gorączki posocznicowej, bez objawów skazy krwotocznej i owrzodzeń na błonach śluzowych jamy ustnej, nie pozwala nam na rozpoznanie białaczki.

Zdaniem Opitza (4) form aleukemicznych w przebiegu białaczki szpikowej przewlekłej u dzieci nie spotykamy. Nie daje również pogodzić się z rozpoznaniem białaczki obecność owych wodniczek w komórkach i wysoki poziom cholesteryny we krwi, który przy białaczkach jest raczej obniżony.

Streszczając powyższe dane badania klinicznego i przeprowadzonych badań dodatkowych, mamy do czynienia u naszego chorego z przypadkiem hepatosplenomegalji, z charakterystycznym odczynem szpiku kostnego i śledziony, jakoteż z zaburzeniami w przemianie lipoidów.

Powyższego zespołu objawów nie możemy zaliczyć do żadnej ze znanej nam dotąd jednostki chorobowej, aczkolwiek może najbliżej spokrewniony jest z chorobami Nieman-Picka i Gauchera.

Za przeprowadzenie badań hematologicznych składam serdeczne podziękowanie W. Panu Dr. Bronisławowi Braunowi.

Piśmiennictwo:

1) Nieman: Jahrbuch f. Khld. Nr. 1. 1914. — 2) Chwalibogowski-Schusterówna: P. G. L. Nr. 32. 1929. — 3) Baty: Amer. Journal diseases of chil. Nr. 3. 1930. — 4) Opitz: Handbuch der Khld. Pfaundler-Schlossmann. T. 1.

Dr. Bolesław LECEWICZ, Dyrektor szpitala. Nowy Targ.

O ranach postrzałowych pęcherza moczowego.

Rany postrzałowe pęcherza moczowego należą do rzadkich uszkodzeń, bo np. podczas światowej wojny w lwowskim pawilonie trzecim Czerwonego Krzyża, gdzie leczone były najbardziej skomplikowane przypadki, na przeszło 2.000 rannych były zaledwie 4 przypadki z tem zranieniem (Schramm). Na około 40.000 chorych, leczonych lub widzianych przeze mnie w ciągu mej pracy w zawodzie lekarskim, leczyłem zaledwie 3 takie przypadki, w tem

dwa w szpitalu polowym, jeden zaś w szpitalu powszechnym. Przyczyną rzadkości tych zranień jest stosunkowo niewielki wymiar zwłaszcza opróżnionego pęcherza, dość silna z kości, powięzi i mięśni otaczająca go osłona, mogąca niekiedy wstrzymać lub wpłynąć na zmianę kierunku z mniejszą siłą przebiegającego pocisku, oraz ta okoliczność, że pęcherz dzięki swojemu położeniu narażony bywa na zranienie stosunkowo rzadko przy wyzyskaniu sztucznych lub naturalnych osłon terenowych na polu walki.

Jakkolwiek dzięki pracom wielu autorów, na których powołuję się poniżej w miarę dostępnego mi piśmiennictwa, nauka wyczerpująco traktuje to zagadnienie, to jednak sporadyczne przypadki mogą nie mieścić się w ramach ustalonych i znanych już danych naukowych o tym przedmiocie. Świadczy o tem przypadek, jaki miałem sposobność leczyć w roku 1931 w szpitalu złoczowskim.

Przypadek ten dotyczył mężczyzny 35-letniego, który w r. 1921 został zraniony w czasie bitwy kulą nieznanego rodzaju w spojenie łonowe. Po zranieniu wystąpił krwiomocz, wyciek moczu z rany, objawy niedrożności jelit, poczem kula miała wypaść samoistnie z rany. Podczas zachowawczego leczenia w jednym ze szpitali w ciągu kilku miesięcy rana obficie ropiała, wkońcu przetoka moczowa i rana okolicy spojenia łonowego zgoiły się. W ciągu następnych 10 lat mężczyzna ów był zupełnie zdrów, mocz oddawał prawidłowo i nie odczuwał żadnych dolegliwości. W roku 1931 po podniesieniu ciężaru nagle poczuł gwałtowny ból w okolicy pęcherza moczowego, rozprzestrzeniający się w kierunku pachwin i cewki moczowej, i zaczął oddawać przy ciągłem parciu mocz krwawy.

Następnego dnia podczas badania w szpitalu u mężczyzny ogólnie zdrowego, skarżącego się mimo przyjęcia poprzednio znieczulającego środka na gwałtowne bóle o charakterze powyżej opisanym, stwierdziłem napięcie powłok brzusznych, wzmagające się przy obmacywaniu okolicy pęcherza moczowego, oraz bliznę wielkości dłoni dziecka tuż powyżej spojenia łonowego, częściowo zrośniętą z kością łonową, wykazującą tutaj ubytek. Z cewki wyciekał mocz z domieszką krwi. Po podaniu podskórnie środka znieczulającego wprowadziłem do pęcherza cewnik metalowy, który natrafił w pęcherzu na ciało obce, twarde jak kamień. W uśpieniu eterowem cięciem ponadłonowem otwarłem pęcherz pozaotrzewnowo i wyjąłem leżące na dnie ciało obce wielkości $1^1/_2$ fasoli o wyglądzie kamienia moczowego. Obmacaniem stwierdziłem na przedniej ścianie pęcherza zagłębienie, na dnie którego wyczułem sterczący koniec drugiego ciała obcego o powierzchni chropawej i ostrych brzegach, o średnicy wyjętego poprzednio ciała obcego, zrośniętego po bokach zapomocą dość zbitej tkanki łącznej ze ścianą pęcherza, a szerszą podstawą z kością łonową. Po przecięciu okrężnie blizny na granicy zbitej tkanki łącznej aż do twardej powierzchni sterczącego tego odszczepu i zsunięciu zeń w głębi okostnej wyciąłem odszczep przy pomocy dłótka i kleszczy kostnych Luera. Po zszyciu brzegów zsuniętej okostnej oraz ran pęcherza dwupiętrowo katgutem założyłem w dolnej części rany cienki sączek gumowy, a resztę rany powłok brzusznych zespoliłem szwami. Do pęcherza założyłem cewnik Nelatona na stałe na 10 dni, przyczem co 2 dni cewnik zmieniałem. Badając wyjęte ciało obce stwierdziłem, że jądrem kamienia był odłamek kości. Chory w ciągu około tygodnia gorączkował, częściowo spowodu zmian nieżytowych w oskrzelach, mocz zabarwiony krwawo odchodził cewnikiem, kilka razy po zatkaniu się cewnika skrzepami krwi pojawiło się krótkotrwałe sączenie się moczu przez dren, z rany. Po 12 dniach chory oddawał prawidłowo mocz czysty. Rany zgoiły się z niewielkiem ropieniem i chory w 4 tygodnie po operacji opuścił szpital jako wyleczony.

Jak widać z opisu przebiegu i stwierdzonych podczas operacji zmian, mężczyzna ów uległ zranieniu pośredniemu pęcherza odłamkiem kostnym, odszczepionym częściowo kulą od kości łonowej. Dzięki szerokiemu połączeniu z kością łonową odszczep dobrze był odżywiony i nie obumarł mimo obfitego długotrwałego ropienia, prowadzącego zwykle do obumarcia okostnej pokrywającej odszczep, a w ślad za tem i tkanki kostnej. Z biegiem czasu nastąpił zrost przy pomocy tkanki łącznej ściany pęcherza z okostną i kością, zamknięcie przetoki moczowej i zgojenie się rany powłok brzusznych. Na sterczącej w świetle pęcherza części odszczepu z biegiem czasu osadziły się dość grube warstwy soli moczowych, nadając tej części odłamka postać kamienia moczowego o gładkiej powierzchni. Stercząca część odszczepu w świetle pęcherza nie drażniła ścian pęcherza i nie wywoływała dolegliwości, gdyż leżała na wysokości i w kierunku przedniotylnej osi szpary próżnego pęcherza moczowego. Wessanie z biegiem czasu tkanki kostnej doprowadziło wreszcie do znacznego osłabienia jej wytrzymałości i złamania się odszczepu na granicy powierzchni pokrytej warstwą soli, a zrostu ze ścianą pęcherza. Leżący teraz na dnie pęcherza luźny odłamek, zwłaszcza koniec jego o nierównej powierzchni i ostrych brzegach, wywołał objawy silnego podrażnienia pęcherza, co dopiero zmusiło chorego do szukania pomocy lekarskiej.

Zachowanie się w ciągu 10 lat odszczepu, tkwiącego częściowo w ścianie pęcherza, częściowo zaś w jego świetle, wydaje mi się według dostępnej mi literatury niezwykłe, bo o możliwości zgojenia się przetoki moczowej mimo obecności w niej ciała obcego nigdzie nie znalazłem wzmianki, natomiast wszyscy autorowie, podobnie jak Wehner, polecają bezwzględnie usuwać ciała obce, jak strzępy ubrania, odszczepy kostne, pociski z ran, gdyż obecność ich jest przyczyną niegojenia się i dopiero po wyjęciu ich następuje najczęściej szybkie zgojenie się długotrwałych przetok moczowych. Takie lub odmienne pozaotrzewnowe zranienia najczęściej powstają w przedniej części, w t. zw. przestrzeni Retziusa, tutaj bowiem pęcherz próżny nie jest pokryty otrzewną, a grube w tem miejscu powłoki, zwłaszcza część kostna może osłabić bieg pocisku tak, że niekiedy pocisk po przebiciu kości i zranieniu ściany pęcherza może zatrzymać się w ranie lub wpaść do pęcherza, nie wywołując innych uszkodzeń, lub jak w opisanym przypadku pośrednio może zranić ścianę pęcherza odszczepionym odłamkiem kości. Może również powstać przetoka moczowa w jakiś czas po zranieniu wskutek obumarcia ściany pęcherza w związku z ropieniem uszkodzonych w sąsiedztwie tkanek, a tkwiąca kula może obsunąć się, czyli zawędrować z rany do pęcherza (Krezkes, Kielleuthner i in.). Pozostałe po postrzałach kule mogą według Bartelsa, v. Brunsa, Fischera wysunąć się samoistnie z rany lub rzadziej przez cewkę nazewnątrz. Takie zranienia wstrzałowe według Wehnera i in. autorów są częstsze, niż postrzały li tylko pęcherza bez powikłań. Nie są również rzadkie według Rumpla zranienia ściany pęcherza pozaotrzewnowe przy postrzałach stycznych. W znacznej większości przypadków ran postrzałowych pęcherza według Wehnera i in., ulega również zranieniu otrzewna wysunięta wgórę, gdy pęcherz jest mniej lub więcej wypełniony, leżące na niej jelita lub także inne sąsiednie narządy.

Z tyłu narażone są na zranienia kiszka gruba i pęcherzyki nasienne lub u kobiet macica, większe naczynia krwionośne i nerwy pęcherza, po bokach wielkie naczynia krwionośne i pnie nerwowe, przewody nasienne, moczowody, od dołu ujście cewki moczowej, gruczoł krokowy. Ciężkość zranienia zależy od rodzaju pocisku, jakim pęcherz i sąsiednie tkanki zostały zranione. Podczas gdy gładkie przestrzały opancerzoną kulą karabinową, karabinu maszynowego i rewolwerową wywołują stosunkowo małe i czyste zranienia, to kule szrapnelowe nieopancerzone wywołują większe uszkodzenia, a porywając w biegu strzępy ubrania, powodują również zanieczyszczenia ran. Jeszcze większe spustoszenia czynią odłamki bomb i granatów, wywołują bowiem prócz wielkich zranień i zanieczyszczeń obumarcie tkanek wskutek oparzeń. Ciężkość zranienia zależy przeważnie od tego, czy uszkodzeniu uległ tylko pęcherz moczowy pozaotrzewnowo, czy też uszkodzona została i otrzewna, przyczem ważnem jest, czy kula dostała się do jamy brzusznej, czy wreszcie uszkodzeniu uległy także sąsiednie narządy, jak jelita, naczynia krwionośne, wielkie pnie nerwowe i t. d. Przy zranieniu pęcherza moczowego występują charakterystyczne objawy, a więc wstrząs, krwiomocz i wypływ moczu z rany. Niekiedy wskutek stałego skurczu pęcherza mocz wydziela się tylko z rany. Występują bóle, rozprzestrzeniające się w kierunku pachwin i cewki moczowej, bolesne parcia na mocz, „krwawy bezmocz" według Kielleuthnera wskutek spastycznego skurczu zwieracza. Rozpoznanie zranień pęcherza mimo braku niekiedy powyższych charakterystycznych objawów jest łatwe, gdy kierunek przebiegu pocisku wskazuje na zranienie jego. W przypadkach, gdy jest tylko wstrzał, prześwietlenie promieniami Roentgena może ustalić miejsce znajdującego się pocisku i wyjaśnić, czy pęcherz został uszkodzony.

Przy ranach pozaotrzewnowych pęcherza przed zamierzoną operacją można niekiedy wykonać badanie cystoskopowe. W przypadkach gładkich przestrzałów kulą opancerzoną rany pęcherza mogą zgoić się samoistnie (Breitner, Fedorow, Carl). W niektórych przypadkach zasklepione rany pęcherza w kilka dni po zranieniu otwierają się wskutek odpadnięcia strupa i występują objawy takie, jakie towarzyszą zwykle świeżym zranieniom (Pleschner). Gładkie przestrzały wśródotrzewnowe kulą opancerzoną goją się, lubo rzadko, niekiedy samoistnie dzięki skurczeniu się ścian pęcherza, zamknięciu się ran oraz zlepnemu procesowi surowicówki w miejscach zranienia (Nordmann). Miałem sposobność widzieć taki przypadek w roku 1918 w jednym ze szpitali polowych i leczyć go zachowawczo w ciągu około 10 dni. Zranienie kulą nastąpiło podczas ataku

w biegu. Prócz cewnika *Nelatona à demeure* i płynnej skąpej diety innych środków nie stosowałem. Stan chorego był dobry.

W rozleglejszych wśródotrzewnowych zranieniach postrzałowych pęcherza rokowanie jest według Bartelsa we wszystkich przypadkach niekorzystne, a według Reeba, Eltza i Tikanadze śmiertelność wynosi 50%, 71,4% i 90%. Kielleuthner na 47 przypadków zranień postrzałowych pęcherza miał 15 przypadków śmiertelnych, zaś z 13 przypadków ze zranieniem wśródotrzewnowem 10 zmarło. Filipowicz miał na 24 przypadki 8 śmiertelnych, Rumpel zaś na 14 — 6 śmiertelnych. Z kategorji tych najcięższych operowałem jeden przypadek w szpitalu polowym, w godzinę po zranieniu w otwartem polu kulą karabinową przez jamę brzuszną z wystrzałem na udzie, w którymto przypadku stan był prawie beznadziejny. Po otwarciu jamy brzusznej stwierdziłem prócz nieznacznego zranienia pęcherza szerokie styczne zranienie kiszki grubej z obfitem wydostaniem się treści kałowej do jamy brzusznej, wielokrotne zranienia jelit cienkich, zranienie dużego naczynia krwionośnego w okolicy pachwiny i obfity krwotok z uszkodzonych naczyń do jamy brzusznej. W zranieniach więc wśródotrzewnowych wskazane jest jaknajwcześniejsze otwarcie jamy brzusznej, zszycie ran pęcherza, otrzewnej i uszkodzonych narządów, a tem bardziej wskazany jest zabieg operacyjny w dobrych warunkach pokojowych. Wyłącznie w przypadkach zranień zaotrzewnowych bez powikłań można postępować zachowawczo, a tylko celem zapewnienia stałego odpływu moczu, a tem samem umożliwienia szybkiego zamknięcia się ran w ścianach skurczonego pęcherza i niedopuszczenia do następowego powstania nacieków okołopęcherzowych moczowych i ropnych, wskazane jest według Kielleuthnera, Rumpla oraz in. zawsze założenie cewnika Nelatona na stałe na przeciąg około 10 dni, przyczem co 2—3 dni cewnik należy zmieniać. Po tym czasie w przypadkach, przebiegających bez powikłań, rana pęcherza bywa zwykle zgojona, a czysty mocz prawidłowo odpływa przez cewkę. Niekiedy może być wskazane założenie czasowej przetoki nadłonowej.

Powstałe nacieki moczowe i ropne okołopęcherzowe należy po nacięciu sączkować; Rumpel w razie dużych nacieków przeprowadza sączek z okolicy nadłonowej przez *cavum ischiorectale* do okolicy krzyżowej, gdzie sączek wyprowadza nazewnątrz. Przetoki pęcherzowo-prostnicze według Perthesa, Geigesa, v. Hackera i in. goją się niekiedy samoistnie, jak również przetoki moczowe w powłokach brzusznych oraz w okolicy krzyżowej, jak to opisał Schwenke. Kielleuthner przestrzega przed długotrwałem sączkowaniem przetok, gdyż przeszkadza to ich gojeniu się. Długo niegojące się przetoki wymagają operacyjnego leczenia, przedewszystkiem usunięcia tkwiących w nich ciał obcych, zawsze one bowiem komplikują gojenie i wywołują dolegliwości ze strony drażnionego pęcherza.

Odmienny przebieg w opisanym na początku przypadku dzięki wyjątkowym warunkom, w jakich odszczep znajdował się, oraz chęć wzbogacenia naszego piśmiennictwa skłaniają mię do ogłoszenia tej rozprawki.

Dr. H. DŁUGI. Wilno.

Krwiak samodzielny mięśnia prostego brzucha w przebiegu białaczki jako przyczyna niedrożności jelit.

Z Kliniki Położniczo-Ginekologicznej U. S. B. w Wilnie.
Dyrektor: Prof. Dr. Wł. Jakowicki.

Krwiaki samodzielne powłok brzusznych w porównaniu do krwiaków urazowych nie są częste. Jeszcze rzadziej wikłają je zaburzenia w czynności przewodu pokarmowego.

Z tego względu zasługuje na uwagę przypadek spostrzeżony w Klinice. Dotyczy on chorej D. U., L. 272/32-33, lat 34, która została dostarczona do Kliniki dnia 25 grudnia 1932 r. wieczorem z objawami częściowej niedrożności jelit, które nagle wystąpiły przed trzema dniami. Chora żali się na bóle w lewej dolnej części jamy brzusznej, oraz zatrzymanie stolca i wiatrów.

Miesiączka pierwsza w 14 roku życia, co 4 tyg. — 6 dni, mierna z bólami na początku, ostatnia w listopadzie 1932 r. Podczas karmienia nie miesiączkowała. Rodziła 6 razy siłami natury. Ostatni poród przed 13 miesiącami. Połogi bezgorączkowe. Po ostatnim porodzie miała krwotok. Oddawanie stolca i moczu dotychczas prawidłowe. Zamężna od 16 lat. Mąż zdrów. Chorób zakaźnych nie przechodziła. Po ostatnim porodzie zauważyła duży guz w jamie brzusznej.

Stan obecny: temp. 38°, tętno 106 na minutę. Budowy wątłej, wzrostu średniego, odżywienie upośledzone. Skóra i śluzówki blade z odcieniem żółtym. Odruchy źrenic zachowane. Nieznaczny ruch skrzydełek nosa. Wargi i język podsychające. Odbijanie. Gruczoł tarczowy wielkości prawidłowej. Gruczoły chłonne pachowe i pachwinowe badalne, twarde, niebolesne. Rozszerzalność klatki piersiowej równomierna po obu stronach. Oddech powierzchowny, przyśpieszony. Na przestrzeni płuc odgłos opukowy jawny, osłuchowo — szmer pęcherzykowy. Granice serca prawidłowe, tony głuche, tętno miarowe, przyśpieszone, słabo napięte. Gruczoły sutkowe nieczynne. Brzuch wzdęty, linja środkowa nieznacznie zabarwiona, pępek spłaszczony, stawianie się jelit szczególnie zaznaczone po stronie lewej. Po tejże stronie i poniżej pępka nieznaczne zasinienie skóry i podbiegnięcia krwawe. Drogą obmacywania stwierdzono powiększoną śledzionę, sięgającą do pępka. Brzeg wątroby gładki, prawidłowej spoistości. Okolice lędźwiowe bez zmian. Poniżej dolnego brzegu śledziony, ku stronie lewej ciastowaty opór, sięgający ku dołowi 1—2 palce powyżej spojenia łonowego o granicach niewyraźnych. Guz nie przekracza linji środkowej i posiada cechy guza, wychodzącego z powłok. Odgłos opukowy w tej okolicy stłumiony, po stronie prawej brzucha bębenkowy. Płynu wolnego w jamie brzusznej nie stwierdzono. Bramy przepuklinowe zamknięte.

Narząd rodny: owłosienie prawidłowe, typu kobiecego. Srom wieloródki. Błona śluzowa przedsionka blada. Ujście cewki moczowej i gruczołów Bartholini'ego bez zmian. Wejście do pochwy szerokie. Sklepienia wklęsłe. Część pochwowa walcowata z ujściem szparowatem. Trzon macicy w przodozgięciu, prawidłowej wielkości i konsystencji, macica nieco uniesiona ku górze. Przydatki niebadalne. Unosząc ku górze przednie sklepienie, można wyczuć wysoko nad wchodem miednicy dolny biegun guza, stwierdzonego przez powłoki.

Odczyn Biernackiego 12 minut. Białych ciałek 300.000. W moczu zmian patologicznych nie stwierdzono.

Rozpoznano: krwiak w torebce mięśnia prostego lewego, znaczne powiększenie śledziony (białaczka), niedrożność przewodu pokarmowego.

Następnego dnia zrana język wilgotny, odbijania i wymiotów niema. Brzuch wzdęty. Stawianie się jelit utrzymuje się. Po zastosowaniu wysokiej lewatywy odeszła nieznaczna ilość gazów, stawianie się jelit i wzdęcie utrzymują się jednak. Wobec utrzymujących się objawów niedrożności przystąpiono do operacji w uśpieniu eterowem; po rozcięciu skóry w linji środkowej poniżej pępka i po otwarciu przedniej pochewki mięśnia prostego, wylała się duża ilość starej krwi, przyczem stwierdzono dużą jamę, sięgającą głęboko pomiędzy powięź a mięsień. Po usunięciu skrzepów założono worek Mikulicza. Powięź i skórę częściowo zeszyto. Operował Prof. W. Jakowicki.

Następnego dnia temp. 37.8°, tętno 106 na minutę. Język wilgotny. Stawianie się jelit w nieznacznym stopniu. Brzuch wzdęty. Gazy odeszły. Trzeciego dnia po operacji chora oddała stolec. Przebieg pooperacyjny prawidłowy. Wypisała się w 16 dniu po operacji. Dokonane w międzyczasie badanie krwi wykazało: Hb 49%. Czerw. ciał. 2.600.000, biał. ciał. 420.000. Wzór Schillinga: Baz. 0,2%, Eoz. 2,8%, Myeloc. neutrof. 24%, Myeloc. eoz. 5%, młod. 26%, wielojądrz. 36%, limf. 6%, mon. —.

Gdzieniegdzie komórki plazmatyczne.

Wobec stwierdzonej białaczki, skierowano chorą do I Klin. Chor. Wewn. U. S. B. celem naświetlania Roentgenem. Klinikę tę opuściła w stanie znacznej poprawy z liczbą białych ciałek 170.000.

Powstanie krwiaków na tle silnych urazów jest zupełnie zrozumiałe i nie wymaga tłumaczenia. Trudności w tłumaczeniu stanowią natomiast przypadki krwiaków po zwyczajnych wysiłkach, jak kaszel, nachylenie, szybki obrót ciała, parcie podczas porodu. Zdaniem Bauereisena warunkiem powstania krwiaków w tych okolicznościach są zmiany w tkankach, a więc w mięśniach lub naczyniach. Zmiany te mogą być na tle zwyrodnienia, bądź na tle zakażeń.

Podług Hilgenreinera spotykamy krwiaki samodzielne: 1) w przebiegu lub po chorobach zakaźnych np. dur, grypa i w przewlekłych zatruciach (alkohol, fosfor), oraz rzadziej w gruźlicy, zapaleniu płuc, białaczce, hemofilji, zapaleniu nerek, kile i miażdżycy tętnic. 2) Podczas ciąży, porodu i połogu, kiedy obok rozciągnięcia powłok brzusznych stwierdza się przekrwienie i rozpulchnienie tkanek (Stöckel, Vogt, Lichtenstein i inni) i 3) w daleko posuniętym wieku.

Ulubionem miejscem krwiaków tych są mięśnie proste brzucha. Daje się to częściowo wytłumaczyć anatomicznym stosunkiem naczyń, które odchodzą prawie pod kątem prostym do mięśnia prostego, co usposabia do łatwiejszego ich nadrywania.

Przeważnie są one jednostronne, a kształt ich zależy od miejsca pęknięcia mięśnia lub naczynia. Krwiak rozszerza się w torebce mięśnia i ukazuje się jako ostro odgraniczony, podłużny guz, nieznikający podczas skurczu mięśni powłok. Przy mniejszem od-

graniczeniu krwiak może przybrać kształt kulisty lub też nie posiadać wyraźnych zarysów. Krwawienie może się rozszerzać w tkance przedotrzewnowej, a nawet przebić otrzewną. Warto jeszcze zaznaczyć, że krwiak może się nieodrazu wytworzyć, często bowiem dochodzi do powtarzających się krwawień, przez co kształt jego i granice ulegają zmianie.

Rozpoznanie prawidłowe jest zwykle trudne do postawienia. Jeśli do bólu, jako pierwotnego objawu, dołączają się jeszcze nudności i wymioty, zrozumiałe się staną liczne omyłki rozpoznawcze. Widzimy więc takie rozpoznania jak ciąża pozamaciczna, zapalenie wyrostka robaczkowego (Behan), skręt torbieli jajnika (Hilgenreiner, Wohlgemut), *ascites* (Kolde).

Przypadków podobnych do naszego znalazłem w dostępnem mi piśmiennictwie zaledwie dwa. W jednym Lamberthsen w 1915 r. opisuje niedrożność, której przyczynę przypisano guzowi śródotrzewnowemu. Dopiero operacja wykazała, że był to krwiak mięśnia prostego brzucha.

W drugim (H. Hirsch w 1929 r.) operowano spowodu niedrożności (podejrzewano zapalenie otrzewnej) i również natrafiono na krwiak mięśnia prostego. Kontrola jamy brzusznej zmian żadnych nie stwierdziła. Jako przyczynę powstania krwiaka podaje autorka niedawno przebytą grypę.

W naszym przypadku rozpoznano jeszcze przed zabiegiem krwiak lewego mięśnia prostego brzucha. Niedrożność zaś mogła powstać bądź wskutek ucisku mechanicznego, bądź też wskutek odruchowego podrażnienia otrzewnej. Sprzyjała również tej niedrożności duża śledziona, do dolnego bowiem jej brzegu dochodził górny brzeg krwiaka, wypuklonego ku jamie brzusznej.

Coprawda, śledziona nawet bardzo dużych rozmiarów nie może wywołać ostrej niedrożności, jednak przemijający ucisk jelita przez ciężar powiększonej śledziony był obserwowany (Kleinschmidt i Hohlbaum). Że nie ona była istotnie tą przyczyną niedrożności, świadczy najlepiej wynik zabiegu operacyjnego.

Piśmiennictwo:

Bauereisen: Zbl. f. Gyn. 1921. — Behan: cyt. pg. Kolde'go. — Hilgenreiner: Bruns Beiträge z. Kl. Chir. 1923. — Hirsch: Zbl. f. Gyn. 1929. — Kolde: Zbl. f. Gyn. 1928. — Kleinschmidt i Hohlbaum: Kirschner-Nordmann Chirurgie. T. V. — Lichtenstein: Zbl. f. Gyn. 1922. — Lamberthsen: Ref. Zbl. f. Chir. 1915. — Stoeckel: Zbl. f. Gyn. 1901. — Vogt: Zbl. f. Gyn. 1913. — Wohlgemut: Arch. f. Chir. 1923.

SPRAWOZDANIA Z KAZUISTYKI I SPOSOBÓW LECZENIA.

Dr. Włodzimierz MUSIAŁ. Lwów.

Zastosowanie odbiałczonych roztworów pepsyny *(Ulcerin)* w leczeniu wrzodu żołądka i dwunastnicy.

Z II Kliniki Chorób Wewnętrznych U. J. K. we Lwowie.
Dyrektor: Prof. Dr. Roman Rencki.

Wstrzykiwania pepsyny wprowadził do lecznictwa Glaessner, opierając się na wynikach swych badań doświadczalnych, w których stwierdził, że pozajelitowe podawanie obojętnych, odbiałczonych roztworów pepsyny wpływa korzystnie na gojenie się owrzodzeń, wywołanych u zwierząt sztucznie przez wstrzyknięcie do błony śluzowej żołądka lub do skóry roztworów pepsyny kwaśnej lub soku żołądkowego.

Te spostrzeżenia skłoniły Glaessnera do wprowadzenia wstrzykiwań pepsyny do leczenia samoistnych owrzodzeń błony śluzowej żołądka, jakie charakteryzują obraz kliniczny wrzodu trawiennego. Wyniki, uzyskane przez tego autora na rozległym materjale klinicznym, obejmującym do ostatnich czasów około 1.000 przypadków wrzodu żołądka i dwunastnicy (referat na I Francuskim Zjeździe Terapeutycznym, przyt. Leven) były bardzo zachęcające; w 2/3 bowiem częściach leczonych tą metodą przypadków mógł stwierdzić wybitną poprawę stanu przedi podmiotowego, objawiającą się ustępowaniem bólów, kwaśnych odbijań, zgagi, znikaniem bolesności uciskowej, obniżką kwasoty żołądkowej, przyrostem wagi, ustawaniem krwawień oraz korzystnemi zmianami w obrazie anatomicznym, ocenianemi na podstawie badań rentgenowskich. W wielu spośród tych przypadków brak od szeregu lat wszelkich klinicznych i radjologicznych objawów wrzodu.

Spostrzeżenia kliniczne Glaessnera potwierdzili z autorów niemieckich Hertzer, Moser i inni; Bremer natomiast i Strauss widział dodatni wpływ leczniczy wstrzykiwań pepsyny w znacznie niższym odsetku, nieprzekraczającym 1/3 części leczonych tą metodą przypadków. Z autorów francuskich, którzy wstrzykiwania pepsyny zastosowali w tym samym czasie, niezależnie od Glaessnera, otrzymał Loeper i współpracownicy cyfry zbliżone do wyników twórcy tej metody. Podobnie w materjale Debray'a i Roy'a odsetek przypadków dodatnich dochodził do 80%, przyczem autorowie ci mogli go jeszcze podwyższyć, stosując w przypadkach opornych wstrzykiwania pepsyny do tkanki pokrewnej śluzówce żołądka, a mianowicie do błony śluzowej jamy ustnej.

Korzystając z tego, że w Polsce pojawił się, pod nazwą *„Ulcerin"* (f. Karpiński), preparat, zawierający w roztworze obojętnym odbiałczoną pepsynę, zastosowaliśmy go na bieżącym materjale klinicznym. Poniżej podamy spostrzeżenia oparte na materjale 23 przypadków wrzodu trawiennego, leczonych w ostatnich 2 latach tą metodą. Wśród nich było 16 przypadków wrzodu dwunastnicy i 7 przypadków wrzodu żołądka; wszystkie prawie odpowiadały obrazowi sprawy starej, ciągnącej się nieraz od szeregu lat. Niektóre były już uprzednio leczone, bez trwalszej poprawy, dietą i zasadami.

Chorzy nasi otrzymywali *ulcerin* w postaci wstrzykiwań podskórnych (głębokich) lub domięśniowych, powtarzanych codziennie lub co drugi dzień, według schematu podanego przez Glaessnera. Zaczynając od 2 cm³ *ulcerin* (2 amp. = 0,2 pepsyny) i podnosząc dawkę co 3 dni o 1 cm³, dochodziliśmy do 5 cm³ jednorazowo, po 10 takich injekcjach obniżaliśmy stopniowo ilość leku, jak w pierwszym okresie, wykonując na serję 20—30 wstrzyknięć. W czasie leczenia pepsyną pozostawali chorzy na diecie lżejszej, mleczno-kaszkowej; leki otrzymywali tylko wtedy, gdy dolegliwości miały bardzo duże nasilenie. Wówczas łączyliśmy leczenie pepsyną z podawaniem bizmutu lub zasad. Wstrzykiwania *ulcerin* były niebolesne, nie dawały żadnych objawów ubocznych ani ogólnych ani miejscowych, o jakich wspominają inni autorowie.

Po zebraniu dokładnych wywiadów, ze szczególnem uwzględnieniem danych, dotyczących przebytego uprzednio leczenia, poddawaliśmy chorych ścisłej obserwacji klinicznej przed i w czasie leczenia, w pewnym odsetku (3 przypadki), także po dłuższym okresie czasu. Zwracaliśmy przytem uwagę na zachowanie się dolegliwości podmiotowych, bólów, odbijań, zgagi, bolesności uciskowej, wagi ciała, ogólnego samopoczucia i t. p. Przebieg wydzielania żołądkowego kontrolowaliśmy przez kilkakrotne frakcjonowane badanie treści żołądkowej po śniadaniu alkoholowem Ehrmana i histaminie, oraz po standartowych pokarmach próbnych. Dla oceny obrazu anatomicznego służyła kontrola rentgenowska. Chcąc spostrzeżenia nasze ująć możliwie najkrócej, podamy je przeglądowo, uwzględniając głównie te momenty, które w klinicznej obserwacji dadzą się ściślej uchwycić.

Wpływ *ulcerin* na czynność wydzielniczą żołądka zaznaczył się bardzo wyraźnie. W 16 przypadkach (69%) nadkwaśność, towarzysząca prawie stale procesowi wrzodowemu, zmniejszyła się znacznie; spośród tych w 6 nadmierny poziom wydzielania wrócił do cyfr zupełnie normalnych. Obniżka kwasoty utrzymywała się w przypadkach, które mogliśmy w tym względzie kontrolować przez czas dłuższy. Wpływ *ulcerin* na wydzielanie żołądkowe najlepiej uwydatni poniższy przypadek:

Chora Z. S., lat 38, L. hist. chor. 573/934. Rozp.: *Stat. post ulcus duodeni. Periduodenitis. Hypersecretio et hyperaciditas gastrica.* Od 7 miesięcy bóle w dołku podsercowym, występujące w 1—2 godz. po jedzeniu, często w nocy, kwaśne odbijania, zgaga, zaparcie stolca. Po uprzedniem leczeniu dietetycznem (zasady) krótkotrwała poprawa. Od 3 miesięcy bóle codziennie, po każdem jedzeniu, mają bardzo duże nasilenie, trwają kilka godzin. Ostatnio częste wymioty kwaśną treścią pokarmową. Ubytek wagi około 15 kg. Przedmiotowo: Odżywienie podupadłe. Waga 63,5 kg. Płuca i narząd krążenia fizykalnie i rentgenologicznie bez zmian. Rozlana bolesność uciskowa w dołku podsercowym. Rentgenologicznie żołądek hakowaty sięga do *crista,* zmian nie wykazuje. Miernego stopnia hipersekrecja. Odźwiernik drożny. Opuszka dwunastnicy o konturze nieregularnym, bolesna na ucisk (zrosty w okolicy opuszki). Zagłębienia nie widać. Badanie treści żołądkowej w dniu przyjęcia (12. IV.): naczczo kwasota ogólna 73, od wolnego HCl 47, po białku ogólna 65, od HCl 42, po obiedzie próbnym ogólna 97, od HCl 69. Po śniadaniu alkoholowem Ehrmana ogólna do 92, od HCl do 71. Próby chemiczne na krew w stolcu ujemne. W ciągu 4-tygodniowego leczenia otrzymała chora, pozostająca na lżejszej, mleczno-kaszkowej diecie, 25 wstrzyknięć *ulcerin* według Glaessnera. Po 8 inj. bóle rzadsze o mniejszem nasileniu, po 3 tygodniach ustąpiły zupełnie, podobnie zgaga i kwaśne odbijania. Przybrała 3 kg na wadze. Kontrolne badanie treści żołądkowej po 15 inj. *ulcerin* (3. V.): naczczo kwasota og. 50, od HCl 32, po białku ogólna 52, od HCl 29, po śniadaniu alkoholowem kwasota ogólna 72, od

HCl 58. Po 2 miesiącach zgłosiła się do kontroli. Przestrzegała przepisanej diety, przez 10 dni zażywała bizmut i zasady, poczem wobec braku dolegliwości leki odstawiła. Przez cały ten czas czuła się zupełnie dobrze, czasem tylko miała po obfitszem jedzeniu chwilowe, nieznaczne gniecenie w dołku. Przybrała dalszych 5 kg na wadze. Badanie treści żołądkowej w tym czasie (16. VI.): naczczo kwasota ogólna 18, od HCl 2, po białku ogólna 42, od HCl 24.

W przytoczonym przypadku wpływ *ulcerin* na wydzielanie żołądkowe był bardzo wyraźny. Wysokie, szczególnie naczczo, kwasoty ustąpiły po 2 miesiącach miejsca zupełnie normalnemu poziomowi wydzielania żołądkowego, przyczem w treści żołądkowej pojawiła się obfita domieszka śluzu. Podobną obniżkę kwasoty mogliśmy zanotować w pozostałych 15 przypadkach. W 7 przypadkach wydzielanie nie uległo zmianie. Korzystny wpływ leczenia pepsynowego na wzmożoną w przypadkach wrzodu trawiennego czynność wydzielniczą żołądka podkreślają zgodnie niemal wszyscy autorowie. Jak wynika ze spostrzeżeń naszych i innych autorów, we wszystkich przypadkach, w których po pepsynie obniża się kwasota, stwierdzić można wyraźnie wzmożoną produkcję śluzu żołądkowego. Nasuwa to myśl, że obniżenie kwaśnych wartości treści żołądkowej po leczeniu pepsyną zależeć może od pobudzenia przez pepsynę wyrównawczej produkcji śluzu i regulowania na tej drodze stopnia kwasoty żołądkowej. W przypadkach, w których nadmierne wydzielanie ulegało przytłumieniu, zmniejszały się lub ustępowały dolegliwości podmiotowe, związane z nadczynnością wydzielniczą, a więc kwaśne odbijania, zgaga nieraz bardzo uporczywa oraz bóle głodowe; równolegle z tem poprawiało się samopoczucie chorych.

Wpływ wstrzykiwań pepsyny na bóle był niejednolity. W niektórych przypadkach ustępowały one zupełnie już po 6 do 8 inj., w innych zmniejszały się tylko lub po okresie poprawy pojawiały się ponownie. W pewnej części przypadków (6) stopień bólu nie uległ po injekcjach pepsyny zmianie; w tych łączyliśmy leczenie pepsyną z podawaniem bizmutu lub zasad, doprowadzając w ten sposób do ustąpienia dolegliwości.

U 15 chorych mogliśmy stwierdzić po zastosowaniu *ulcerin* znaczny przyrost wagi ciała. Wahał się on od 2—6 kg w ciągu 4 tyg. obserwacji i ujawniał się nieraz nawet w tych przypadkach, które na leczenie pepsyną były oporne. Cyfry przyrostu wagi w porównaniu z takiemiż cyframi u chorych leczonych dietą i zasadami były znacznie wyższe.

Do najtrudniejszych zadań należy niewątpliwie ocena wpływu leczenia pepsynowego na zachowanie się procesu anatomicznego. Glaessner widział w swym materjale w 72,4% przyp. poprawę zmian anatomicznych, (znikanie zniekształceń opuszki, plamkowego zalegania w Rtg. i t. p.) lub gojenie się wrzodu. Podobne spostrzeżenia poczynili wymienieni u wstępu autorowie francuscy; Bremer i Strauss natomiast nie stwierdzali w swoich przypadkach objawów, któreby mogły przemawiać za cofaniem się zmian anatomicznych. Obserwacje nasze nie pozwalają na wyciąganie konkretnych wniosków w tym kierunku. Większość naszych przypadków dotyczyła bowiem spraw długotrwałych, starych, przebiegających z bliznami, bliznowatemi zniekształceniami opuszki i t. p., a więc stanów, w których proces anatomiczny niezawsze mógł ulec zmianie. Zresztą sama ocena tych zmian przed ekranem rentgenowskim jest często niepewna, a wyciąganie wniosków z przelotnych zmian w zarysach — nieraz przedwczesne. Dopiero dalsze badania, przedewszystkiem przypadków sprawy świeżej, w których można liczyć na szybkie gojenie się procesu, uwzględniające kontrolę histologiczną mogą tę część zagadnienia rozstrzygnąć.

Mechanizm działania podanej pozajelitowo pepsyny jest jeszcze sprawą ciemną. Glaessner mówi o wpływie hormonalnym, Debray (według Levena) uważa, iż wchodzi tu w rachubę swoiste odczulające działanie pepsyny, oraz jej dodatni wpływ na gojenie się ran. Bremer i Strauss wysuwają wątpliwości, czy leczenie pepsyną można oddzielić od proteinoterapji, tem bardziej, że zawartość azotu w ich preparacie była wysoka, bo wynosiła 15,2 mg% w ampułce.

Ujmując w streszczeniu dane, uzyskane z przeglądu piśmiennictwa i spostrzeżeń własnych, podamy następujące uwagi:

Dostatecznie wszechstronna ocena wpływu i znaczenia terapji pepsynowej w przypadkach wrzodu trawiennego jest narazie jeszcze niemożliwa. Przyczyna leży w tem, że materjał dotychczas ogłoszony jest dość szczupły oraz że brak nam podstaw dla ocenienia tego, które przypadki do leczenia pepsyną się nadają. Niemniej korzystny wpływ wstrzykiwań pepsyny na cały szereg objawów, cechujących zespół chorobowy wrzodu żołądka, osiągnięcie wybitnej nieraz poprawy i wyleczenia w przypadkach, w których uprzednie, zwykłe postępowanie lecznicze nie dało trwalszych rezultatów, winno zachęcać do zastosowania tej metody, tem bardziej, że leczenie pepsyną przeprowadzić można ambulatoryjnie, równolegle z innemi zabiegami leczniczemi.

Piśmiennictwo:

Bremer H. i Strauss L. H.: Fortschr. Ther., str. 199. 1934. — Debray M. i Roy A.: Bull. Soc. méd. Hop. Paris, str. 816 (III), 1934. — Glaessner K.: Wien. klin. Wschr., str. 1393, 1931. — Hertzer W. — cyt. Glaessner. — Loeper M., Debray M., Michaux L. i Sainton: La Presse Médicale, str. 1465, 1930. — Leven R.: Clinique, str. 4, 1935. (Sprawozdanie z I Francuskiego Zjazdu Terapeutycznego). — Moser E. — cyt. Bremer i Strauss.

BIBLJOGRAFJA.

Artykuły oryginalne w czasopismach.
Piśmiennictwo polskie.

Therapia Nova. Nr. 6. 1935.

Przemysł Chemiczny. Nr. 5. 1935 .

Warszawskie Czasopismo Lekarskie. Nr. 25—26. 1935. Kunicki A.: W sprawie choroby Kussmaula-Maiera. — Pines I.: Przypadek przedwczesnej dojrzałości pochodzenia nadnerczowego na tle stanu zwyrodnienia. — Neumann A.: Psychologja indywidualna a leczenie nerwic.

Lekarz Wojskowy. T. XXV. Nr. 10. 1935. Zembrzuski L.: Medycyna w dawnej Rosji. — Drac J.: Jontoforeza histaminowa w leczeniu bólów mięśniowych. — Wojciechowski A.: Postawa i sprawność ruchowa z punktu widzenia chirurga. — Bittner K.: W sprawie złamań marszowych kości śródstopia. — Gruszecki St. i Łukasiewicz K.: Choroby pasorzytnicze przewodu pokarmowego w wojsku.

Przegląd Zdrojowo-Kąpielowy. Nr. 4. 1935. Leszczycki St.: Dziedziny klimatyczne południowo-zachodniej Polski. — Kaden K.: Organizacja lecznictwa w zdrojowiskach i jej wpływ na państwowo-społeczne znaczenie zdrojowisk. — Korczyński L.: O ośrodki nauki i nauczania balneologji i klimatologji.

Polski Przegląd Chirurgiczny. T. XIV. Z. 3. 1935. Gruca A.: Szew ciągły węzełkowaty. — Tokarski St.: Badania nad obniżeniem przemiany podstawowej w stanach przed- i pooperacyjnych. — Kummant A.: Uśpienie skopolaminą-eukodalem-efetoniną jako podstawa uśpienia eterowego i znieczulenia miejscowego. — Graber A.: Przyczynek do leczenia chirurgicznego raka odbytnicy. — Gawroński Wł.: Leczenie zwężeń cewki moczowej u mężczyzn. — Wolf J.: Przypadek pourazowego pęknięcia pęcherzyka żółciowego. — Rosen S.: Wrzód jelita cienkiego. — Peter J.: Z kazuistyki całkowitego oskalpowania prącia.

Wiadomości Farmaceutyczne. Nr. 28. 1935.

Polskie Zioła. Nr. 6. 1935.

Młoda Matka. Nr. 13—14. 1935.

Doraźna Pomoc Lekarska. Nr. 6. 1935. Perl J.: Rozpoznawanie krwawień z tętnicy oponowej.

OCENY.

Farmakodynamiczne i lecznicze działanie wody ze zdroju „Karola" w Iwoniczu. Dr. J. PAPIERKOWSKI. Archiwum Tow. Nauk. we Lwowie. Tom 7, zeszyt 3, r. 1935. Str. 135.

Znakomita praca, zawierająca na 16 pierwszych stronicach zwięźle przedstawione dzieje Iwonicza oraz stosunki topograficzne, atmosferyczne i geologiczne zdrojowiska. Część druga, eksperymentalna, obejmuje wzorowe opracowanie wpływu wody „Karola" na serce i narząd krążenia, żołądek, jelita, trzustkę, żółć, na wartości dynamiczne krwi i jej rezerwę alkaliczną, na przemianę gazową, narząd moczowy i nabłonek migawkowy. Doświadczenia na psach i królikach wykonane były w Zakładzie Farmakologji U. J. K., kliniczne (nad diurezą) w sanatorjum „Excelsior" w Iwoniczu. Prace kliniczne Tochowicza, Boksera, Dunańskiego i Szumowskiego, dotyczące wody „Karola", są wyczerpująco przedstawione.

Tekst części doświadczalnej objaśniony jest 37 wykresami i szczegółowemi protokółami. Wyniki jej stawiają w jasnem świetle całą wartość tej doskonałej wody. Należy oczekiwać od

autora, że w podobnie wyczerpujący sposób opracuje eksperymentalnie i inne wody iwonickie. Prace kliniczne lekarzy z „Excelsioru" uzupełnią harmonijnie te badania częścią kliniczną. Bibljografję publikacyj o Iwoniczu od w. XVI przygotowuje Papierkowski. W ten sposób Iwonicz może się niebawem doczekać zupełnego opracowania swych wartości.

Sabatowski (Lwów).

PRZEGLĄD PIŚMIENNICTWA.

Patologja.

Przemiana podstawowa u chorych rakowych. M. BAKALCZUK, A. ZOŁOTAREW. Woprosy Onkołogji. T. VI. 1934.

Klasyczne badania O. Warburga i jego szkoły dotyczące przemiany węglowodanowej nowotworów w znacznym stopniu posunęły naprzód nasze wiadomości w dziedzinie przemiany komórki nowotworowej. Poszczególne narządy uczestniczą w odpowiednim stopniu w przemianie materji całego organizmu, dlatego też zrozumiałem jest, że zmieniona funkcja poszczególnych narządów może wpłynąć w znacznym stopniu na ogólną przemianę. Niektórzy badacze stwierdzali u chorych rakowych wzmożoną przemianę podstawową i nawet uważają tę metodę badania za cenną wskazówkę określenia operacyjności przypadku, inni natomiast przy nowotworach znajdowali wartości normalne. Badania przemiany podstawowej u 76 chorych na raka o rozmaitej lokalizacji nie wykazały pewnej stałości wahań przemiany podstawowej, uwarunkowanych obecnością nowotworu złośliwego ze swoistą przemianą. Przemiana podstawowa u rakowych jest wypadkową szeregu czynników, z których pewne działają pobudzająco na procesy utleniania w organizmie, jak np. pozajelitowe wchłanianie produktów rozpadu tkanki rakowej, inne procesy natomiast szczególnie długotrwała głodówka, wyniszczenie — obniżają przemianę podstawową. Przemiana podstawowa u chorych rakowych nie stoi w związku ze stopniem wyniszczenia, pozatem nie może być wskaźnikiem stopnia operacyjności przypadku. Wahania przemiany podstawowej nie mogą być wykorzystane w klinice jako metoda diagnostyczna dla stwierdzenia nowotworu w organizmie.

Ponieważ na materjale autorów przeważają przypadki raka z prawidłową przemianą i względnie mała ilość nieznacznych odchyleń *in plus* lub *in minus* — uważają oni przemianę podstawową jako jedną z wartości fizjologicznych organizmu analogicznie do ciepłoty, ilości Hb, stężenia jonów wodorowych i t. d., jednak bardziej zmienną w zależności od niektórych czynników, a szczególnie funkcji tarczycy. *M. Segal* (Lwów).

W sprawie roli cholesteryny jako składnika komórki nowotworowej. J. BRONSZTEJN i D. WOLKENZON. Woprosy Onkołogji. T. VI. 1934.

Istnieje dość obszerne piśmiennictwo dotyczące zawartości cholesteryny we krwi chorych rakowych i zmienności poziomu cholesteryny pod wpływem naświetlania Roentgenem, jednak dane uzyskane przez różnych autorów są dość rozbieżne. Badania doświadczalne autorów wykazały, że w przeszczepionym mięsaku Jensena u szczurów zawartość cholesteryny jest znacznie większa w nekrotycznem centrum, aniżeli w świeżej, szybko rosnącej części obwodowej nowotworu. Bardzo intensywne naświetlanie tkanki nowotworowej *in vivo* promieniami Roentgena nie wykazuje wpływu na zawartość cholesteryny.

M. Segal (Lwów).

Wpływ kardjazolu i koraminy na biologiczne procesy utleniania. WERNER MEIER. (Rozprawa). Münster i. W. 1935.

Autor badał wpływ kardjazolu i koraminy na przemianę materji, mierząc zapotrzebowanie tlenu przez tkanki. Wszystkie szczegóły ujął w dwie tablice. Dla porównania przytoczył też działanie kamfory i heksetonu na przemianę materji. Dane wziął z pracy Rüllego.

Zasadnicze działanie środków pobudzających z rzędu kamfory polega na zahamowaniu procesów utleniania w komórce. Wobec hamującego działania wspomnianych środków nie należy oczekiwać bezpośredniego działania ich na poszczególne organy zwłaszcza na serce, autorzy są zdania, że środki te działają pośrednio na poprawę czynności serca, pobudzając ośrodek naczynioruchowy. Przez wzmożenie ciśnienia krwi następuje lepsze odżywianie serca i przez to zmniejszenie niedomogi. Usunięcie wtórnej niedomogi serca, spowodowanej porażeniem ośrodka oddechowego następuje wskutek zniesienia porażenia oddechu. Jeśli istnieje niedomoga serca i naczyń, kamfora i podobne jej środki mogą zaszkodzić, gdyż przemiana materji w mięśniu sercowym będzie pogarszać się.

Dr. F. Mikulska (Warszawa).

Mikrobiologja i serologja.

O polimorfizmie paciorkowców. FLEJSYNG. Warsz. Czas. Lek. Z. 15. 1935.

Autorowi udało się spostrzec bardzo wyraźne zmiany własności morfologicznych paciorkowców w zależności od podłoża, na którem się znajdują. Na pożywce agarowej lub na pożywce Löfflera występują w postaci tworów o różnych kształtach, rozmaitej wielkości, niejednakowo silnie się barwiących i wcale do paciorkowców niepodobnych. Przy przeniesieniu ich na hodowlę bulionową okazują się typowemi paciorkowcami, charakteryzującemi się tem, że, jeżeli przenieść je na poprzednią pożywkę, przyjmują pierwotne kształty i własności. Nazwano je wobec tego *streptococcus polymorphus.* Są to bakterje saprofityczne, znajdują się — i to w obfitej ilości — w gardle oraz na migdałkach. Występują jedynie u cierpiących na choroby narządów jamy brzusznej. Żyją w ciepłocie pokojowej około dwa miesiące. Często występują pod mikroskopem gromadnie.

Biorąc pod uwagę fakt, że paciorkowce mogą zmieniać swe kształty, oraz ich własności biologiczne, przychyla się autor raczej do teorji unitarnej, teorji twierdzącej, że nie można podzielić paciorkowców na szereg rodzajów w zależności od ich własności morfologicznych i biologicznych i że różne choroby mogą być wywołane przez jednego i tego samego paciorkowca. Dane powyższe nie przesądzają jeszcze sprawy i zagadnienie pozostaje mimo to nadal otwarte tak, że określenie, które paciorkowce mają być zaliczane do podstawowych gatunków, a które uważane za ich odmiany albo przemiany, jest chwilowo rzeczą problematyczną. Rozwiązanie tego problemu leży prawdopodobnie w dalekiej przyszłości, jest zaś wogóle związane z trudnością definicji pojęcia „rodzaju", „grupy", „gatunku", „postaci". *Ungar* (Lwów).

Choroby wewnętrzne, nerwowe i dziecięce.

O okresie utajonym i dynamice wzrostu pierwotnego mięsaka opłucnej. S. POKROWSKIJ, F. ROZENBLAT. Klinicz. Med. T. XIII. Nr. 4. 1935.

Przypadek pierwotnego mięsaka opłucnej u chłopca 14-letniego, który był w obserwacji około 2 lat. Kilkakrotne badania rentgenowskie wykazały obraz budzący podejrzenie na obecność sprawy nowotworowej, jednak pacjent nie chciał pozostać w leczeniu, gdyż czuł się dobrze, uprawiał sporty, a nawet brał udział w zawodach. Po roku od chwili stwierdzenia zmian w płucach stan chorego zaczął się pogarszać, a po 2 latach pacjent zmarł. Badanie sekcyjne wykazało mięsaka pierwotnego opłucnej prawej z przerzutami do wątroby.

Pierwotnego mięsaka opłucnej spotyka się w piśmiennictwie anat.-patolog. niezmiernie rzadko. Statystyka zakładu anat.-patolog. w Monachjum wykazuje jeden przypadek pierwotnego mięsaka opłucnej na 10.829 sekcyj. W piśmiennictwie światowem do r. 1914 zebrano 11 przypadków. Rozpoznanie przyżyciowe jest niezwykle trudne ze względu na różniczkowanie z nowotworem płuc i śródpiersia. Pozatem przypadek jest interesujący ze względu na przebieg i dynamikę schorzenia, charakteryzujące się długotrwałym utajonym początkowym „okresem bezobjawowym". *M. Segal* (Lwów).

O błonicy nosa i jej leczeniu. A. BARBICKIJ. Rusk. Pediatrja. T. II. 1935.

Autor charakteryzuje na początku błonicę nosa i jej przebieg. Nazywa schorzenie podostrem przez jego długotrwałość i małe odbijanie się na ogólnym stanie ustroju. Brak jadzicowych zjawisk przy błonicy nosa — niektórzy tłumaczą słabą zjadliwością danego szczepu maczugowca błonicy, czemu autor zaprzecza, po przeprowadzeniu doświadczeń na świnkach morskich.

Długość trwania nieleczonego nieżytu błoniczego wynosi od 2—3 tygodni do roku i nawet — 2 lat.

Przyczyną nikłego zatrucia całego ustroju przy długotrwającej błonicy nosa jest prawdopodobnie istnienie miejscowej odporności błony śluzowej nosa na wszelkiego rodzaju drobnoustroje, w tej liczbie i błonicze, i histologiczno-anatomiczna budowa nosa.

Stosunkowo ubogie zaopatrzenie nosa naczyniami limfatycznemi powoduje, że jady wytworzone przez maczugowca błonicy dostają się do krwi powoli i w małej ilości, dlatego ogólne zatrucie ustroju bywa bardzo słabe, a przeciwjady powstające

w organizmie nie pozwalają na rozprzestrzenienie się choroby na sąsiednie tkanki. Ze względu na to, że ogólne zatrucie ustroju następuje rzadko, a przecież dziecko w ciągu dalszego swego życia może potrzebować naprawdę surowicy, to żeby ustrzec je przed ciężką postacią choroby surowiczej, która zwykle ma miejsce po powtórnem wstrzyknięciu, autor przy błonicy nosa stosował tylko miejscowe leczenie w postaci zakraplań surowicy i tamponów. Na podstawie spostrzeżeń doszedł do wniosku, że miejscowe leczenie jest korzystniejsze; cała sprawa cofa się w ciągu 12—15 dni, co bywa rzadkie przy leczeniu zastrzykami. Mechanizm działania miejscowego surowicy polega na tem, że wprowadzony przeciwjad w obręb nosa zobojętnia jad błoniczy w miejscu jego powstawania nietylko na powierzchni błony śluzowej, ale też wsysa się w głębsze jej warstwy. To zobojętnienie prowadzi do skrócenia chorobotwórczego działania maczugowca błonicy na błonę śluzową i do odnowy dotkniętej chorobą błony śluzowej, a więc przywrócenia jej prawidłowych czynności.

Godnym uwagi jest fakt, że od dzieci z błonicą nosa zarażają się dzieci tą samą postacią błonicy; widocznie te szczepy mają powinowactwo do błony śluzowej nosa.

J. Jaskólska (Kraków).

Działanie czopków z cibalginą w leczeniu bólów wewnętrznych. P. ERVENICH. Therapie der Gegenwart. R. 76. Z. 1. 1935.

Na dużym materjale internistycznym wypróbowano wartość czopków z cibalginą w najrozmaitszych stanach bólowych. Czopki stosowano przedewszystkiem w wypadkach trudności w połykaniu, skłonności do wymiotów, utrudnionej resorbcji błony śluzowej żołądka oraz we wszystkich tych wypadkach, gdy doustne podawanie natrafiało na trudności. W szczególności czopki z cibalginą stosowano w nerwobólach, zapaleniach nerwów, procesach zapalnych w obrębie jamy brzusznej, anginach, w różnych postaciach raka i jego przerzutach.

Mniej skuteczne okazały się czopki w schorzeniach, gdzie czynnik spastyczny odgrywa dużą rolę, a więc kamicy żółciowej i nerkowej, dławicy piersiowej, migrenie, zapaleniu pęcherza. W tych przypadkach należałoby spróbować raczej dożylnych injekcyj cibalginy.

Przeciwbólowe działanie czopka waha się od $^1/_2$ do $3^1/_2$ godzin. Najlepiej reagowały przypadki wszelkich nerwobólów i zapaleń nerwów, pozatem również w anginach, ropniach migdałkowych, zapaleniach przydatków, wrzodach żołądka i dwunastnicy analgetyczne działanie czopków utrzymywało się kilka godzin.

Dawkowanie zależy od przypadku. Przeważnie podawano czopki w razie napadu bólów, jedynie w ciężkich neuralgjach, przerzutach raka lub w innych uporczywych bólach czopki stosowano rano, w południe i wieczorem z doskonałym wynikiem przeciwbólowym.

Pewne nasenne działanie czopków z cibalginą stwierdzono jedynie u starszych osób z miażdżycą; młodsi pacjenci odczuwali pewną senność dopiero po dłuższem i częstszem używaniu czopków z cibalginą. *Dr. W. Kurowski* (Warszawa).

Pruritus ani — nowy sposób leczenia. Nathan J. SIMMENS. Amer. Journ. of Digestive Diseases and Nutritien. T. 2. Nr. 1. 1935.

Autor podaje, że czynniki etjologiczne powodujące *pruritus ani* bywają różne i według następującego podziału: 1) Zmiany patologiczne *rectum* lub w pobliżu *rectum* np. *colitis*. 2) Sprawy infekcyjne w skórze lub w śluzówce *rectum*. 3) Schorzenia ogólne jak cukrzyca, anemja i t. d. 4) *Pruritus ani essentialis*, gdzie nie można stwierdzić żadnej przyczyny.

Pomiędzy innemi metodami leczenia *pruritus ani* dość dużą rolę odgrywa podskórne wstrzyknięcie perkainy w miejsce dotknięte swędzeniem. Dzięki tej metodzie, po zastosowaniu kilku wstrzyknięć, pacjenci byli wolni od cierpienia na przeciąg 4—6 miesięcy. Metoda ta polega na tem, że po dokładnem obmyciu okolicy *rectum* wstrzykuje się 5 cm³ oleistego roztworu perkainy *(percaini bas)* w okolicę dotkniętą cierpieniem, za pierwszym razem w okolicę tylnego czworoboku, a następnie w boczne.

Autor gorąco poleca tę metodę leczenia, opisując historje chorób i sposób leczenia u 2 chorych.

Dr. F. Mikulska (Warszawa).

Chirurgja, położnictwo i ginekologja, stomatologja.

Rękoczyny na nerwach współczulnych szyjno-piersiowych przy leczeniu częstoskurczów. SAVY, FROMENT i PÉLOT. Le Journal de Médecine de Lyon. Nr. 367. 1935.

Przed 10 laty Leriche i Danielopolu zaproponowali zabiegi na szyjnych nerwach sympatycznych w różnych rodzajach częstoskurczów, w których stosowanie leków okazało się bezskutecznem. Autorowie rozpatrzywszy szczegółowo ten problem, doszli do następujących wniosków:

1) Należy często stosować miejscowe znieczulenie łańcucha współczulnego szyjno-piersiowego, które jest łatwe i bez ubocznych szkód wywołuje tylko czasowe zmiany.

2) Należy tylko w niewielkiej mierze i ostrożnie wykonywać sympatektomję, ponieważ zabieg jest niebezpieczny i może wywołać zmiany, których natury, czasu trwania i ciężkości nie znamy. Zasadnicze wskazanie dla nich stanowią częstoskurcze zatokowe, nabyte, silne i uparte. Obok tego nadają się do zabiegu niektóre paroksyzmalne częstoskurcze, o napadach podchodnych *(subintrants)*, w których napady stykają się ze sobą, a na które leczenie pozostaje bez wpływu.

Jedynie ścisła współpraca specjalisty-kardjologa z chirurgiem, dobrze obeznanym z chirurgją układu współczulnego jest konieczną dla pchnięcia naprzód tej dziedziny medycyny.

Dr. Blassberg (Kraków).

Nowy sposób operacyjny usuwania kamieni moczowodowych leżących w sąsiedztwie pęcherza drogą przezotrzewnową. O. KNEISE. Zbl. f. Gyn. Nr. 9. 1935.

Autor operuje w przypadkach nisko uwięzgniętych kamieni moczowodowych zasadniczo przezotrzewnowo. Po otwarciu jamy brzusznej, nacina on fałd pęcherzowo-maciczny, spycha pęcherz ku dołowi aż uwidoczni się ujście pęcherzowe moczowodu. Z tego miejsca odpreparowuje autor ostrożnie moczowód i dochodzi do kamienia. Tętnicy macicznej nie potrzeba podwiązywać, wystarczy odsunąć ją na bok. Usunięcie kamienia, szew moczowodu, otrzewnej pęcherzowej i powłok zakańczają operację. Przydatki pozostają nienaruszone.

Zb. Rychłowski (Lwów).

Przyczynek do atypowych operacyj ciężkich przetok pęcherzowo-pochwowych. A. MANDELSTAMM. Zbl. f. Gyn. Nr. 9. 1935.

Autor opisuje przypadek przetoki pęcherzowo-pochwowej powstałej po porodzie kleszczowym. Badaniem ginekologicznem stwierdzono przetokę przepuszczającą dwa palce. Pochwa kończyła się twardą nierówną blizną, łączącą przednią i tylną jej ścianę. Część pochwowa była niebadalna. Blizna w pochwie tworzyła dolny brzeg przetoki, unieruchomionej przez liczne zrosty. Przesuwalną była jedynie tylna ściana pochwy. Zabieg operacyjny polegał na tem, że odświeżono brzegi przetoki, a na tylnej ścianie pochwy wykrojono figurę mającą za podstawę dolny brzeg przetoki i odpowiadającą kształtem i wielkością otworowi przetoki. Po odpreparowaniu brzegów rany w pochwie połączono szwami jedwabnemi brzegi przetoki z tkanką międzypochwowo-odbytniczą. Na pochwę założono szwy strunowe. Po 6 tygodniach chora opuściła zdrowa klinikę. Wykonana po 5 latach cystoskopja wykazała w miejscu wszytego płatu pochwy nieznaczne zblednięcie dna pęcherza.

Zb. Rychłowski (Lwów).

Wpływ tyroksyny na krzepnienie krwi. Przyczynek do zastosowania tego środka w celu zapobiegania powstawaniu zakrzepów. Fr. KAUSCH. Mschr. f. Geb. u. Gyn. T. 98. Z. 1—2. 1934.

Podawanie preparatów tarczycy powoduje tylko w nielicznych przypadkach opóźnianie czasu krzepnienia, i to tylko w nieznacznych granicach. Mimo to uważa autor preparaty tarczycy za środek zapobiegawczy przeciw zakrzepom i zatorom po operacjach, który pobudza krążenie, wzmaga przemianę materji i działa pobudzająco, zastępując stosowanie masażu kończyn przez wywołanie pewnego stopnia ruchliwości u chorych.

Zb. Rychłowski (Lwów).

W sprawie wytworzenia sztucznego mięśnia zwieracza u kobiet z niedomogą utrzymania moczu. N. P. WERHATZKY. Zbl. f. Gyn. Nr. 9. 1935.

Autor zebrał z piśmiennictwa 101 przypadków sztucznego utworzenia zwieracza pęcherza sposobem Goebela, Frangenheima i Stoeckla — w tem 5 własnych — i dochodzi do następujących wniosków: 1) W przypadkach niedomogi nieznacznego stopnia wystarczy wykonać zwykłą operację plastyczną mięśnia zwieracza. 2) W przypadkach powikłanych zrostami, bliznami, przetoką i t. p. zwykła plastyka może nie wystarczyć i wtenczas należy wytworzyć sztuczny zwieracz. 3) Sposób Goebla, Frangenheima i Stoeckla polegający na użyciu w tym celu mięśnia piramidowego wraz z jego powięzią daje w 80—90% całkowite wyleczenie. Śmiertelność po tej operacji wynosi 2%. Operację tę należy uważać za zabieg najlepszy. 4) Czy następowe porody wymagają wykonania cięcia cesarskiego, jak tego żąda Stoeckel, okaże się w przyszłości.

Zb. Rychłowski (Lwów).

W sprawie „pubertas praecox" i ciąży zakończonej porodem naczasie u 6-letniej dziewczynki. P. CHASCHINSKY i S. JERSCHOW. Zbl. f. Gyn. Nr. 38. 1933.

Dziewczynka do czwartego roku życia rozwijała się zupełnie normalnie i nie wykazywała żadnych specjalnych cech różniących ją od rówieśniczek. Od 4 roku życia prawidłowe miesiączki, później stopniowy rozwój wtórnych cech płciowych. W czasie pobytu w klinice w ostatnich miesiącach ciąży ustalono, że poziom intelektualny i rozwój umysłowy zupełnie odpowiada okresowi 6 lat. Dochodzenie sądowe wykazało, że sprawcą zapłodnienia był 69-letni dziadek dziewczynki. Zdolność do zapłodnienia została stwierdzona na drodze sądowo-lekarskiej. Kiedy rozpoczęły się silne bóle porodowe, wytłumaczono wystraszonej pacjentce, że są to „bóle żołądkowe". W przerwie między bólami zauważywszy motyla, który wpadł przez okno do sali porodowej, dziewczynka zbiegła z łóżka i pogoniła za motylem. Płód obumarł wskutek przodowania pępowiny i braku wód, wobec czego w uśpieniu eterowem wykonano wymóżdżenie. Waga płodu wynosiła 3 000 g, długość 50 cm; sekcyjnie stwierdzono: tarczycę 10-krotnie mniejszą i grasicę 2-krotnie mniejszą w porównaniu z normalnemi wymiarami u płodów, zresztą płód donoszony i dobrze rozwinięty. Przebieg połogu bez powikłań. W 70 dni po porodzie wystąpiła miesiączka. W piśmiennictwie ogłoszono dotychczas 4 podobne przypadki. *M. Segal* (Lwów).

Uśpienie ogólne zapomoca paraldehydu. I. NITZESKU i J. IACOBOVICI. Pres. Méd. Nr. 17. 1934.

W poszukiwaniu środka, któryby nie posiadał ujemnych stron narkozy eterowej, autorowie zatrzymali się na paraldehydzie, który jest narkotykiem korowym. Paraldehyd jest słabo toksyczny, nie powoduje zaburzeń oddychania, nie oddziaływa szkodliwie na układ sercowo-naczyniowy i nerki. Rozpiętość między dawką toksyczną i narkotyczną jest bardzo znaczna, jak wykazały badania na zwierzętach. Technika przygotowania i stosowania paraldehydu jest bardzo prosta. Do wyjałowionego rozczynu izotonicznego glukozy dodaje się paraldehyd w ilości 6—8 cm³ na każde 100 cm³ glukozy. Rozczyn ten wstrzykuje się dożylnie, powoli — 0,15—0,21 na 1 kg wagi. Pacjent zasypia spokojnie, w razie potrzeby uśpienie może być przedłużone zapomocą eteru lub znieczulenia miejscowego.

Uśpienie paraldehydem stosowali autorowie w 82 przypadkach, w 5 przypadkach wykonano operacje żołądka i wyrostka robaczkowego bez uciekania się do znieczulenia dodatkowego. U 6 chorych wykonano dodatkowo znieczulenie lędźwiowe, u pozostałych niewielką ilością eteru. Po ustaniu znieczulenia następuje szybkie przebudzenie bez przykrych sensacyj, chorzy nie pamiętają o operacji. Brak wymiotów. W żadnym przypadku nie spostrzegano ciężkich powikłań. Jedyną stroną ujemną znieczulenia jest przykry zapach wydechanego powietrza, który odczuwają pacjenci od samego początku injekcji.

W piśmiennictwie opisywano narkozę paraldehydową przez odbytnicę; wprowadzenie paraldehydu w glukozie dożylnie daje zdaniem autorów zupełnie zadowalające wyniki.

M. Segal (Lwów).

Zator z ciała obcego (cewnika gumowego) w sercu w następstwie zbrodniczego przerwania ciąży. J. BLAHA. Zbl. f. Gyn. Nr. 13. 1935.

Pacjentka celem przerwania ciąży w 6 tygodniu wprowadziła przy pomocy męża do pochwy cewnik gumowy (półsztywny), uprzednio natłuszczony, zaopatrzony w mandryn z drutu dla nadania większej sztywności. Po wprowadzeniu cewnika do pochwy usunęła mandryn i czekała na poronienie, które jednak nie występowało, wobec czego tego samego dnia zgłosiła się do szpitala. Sondowaniem macicy stwierdzono perforację w szyi, drążącą do prawego przymacicza. Badanie rentgenowskie jamy brzusznej nie wykazało obecności ciała obcego. Drugiego dnia po wprowadzeniu przez chorą cewnika, a natychmiast po sondowaniu wykonano laparotomię, jednakże cewnika w przymaciczu ani w jamie brzusznej nie znaleziono pomimo dokładnej rewizji. Brak otworu perforacyjnego w macicy, świeże zlepy w zatoce Douglasa. Po założeniu setonów jamę brzuszną zamknięto, poczem opróżniono jamę macicy. W następnych dniach wysoka ciepłota, napady kaszlu, bóle i kłucie w boku; 7 dnia pacjentka zmarła.

Badanie sekcyjne wykazało w płucach liczne ogniska ropnoposokowate i płyn ropny w jamie opłucnowej. W świetle żyły czczej dolnej znaleziono dolny koniec cewnika, długości 23,5 cm, grubości 4 mm. Cewnik ten tkwił pozatem w prawym przedsionku, żyle czczej górnej, prawej bezimiennej i szyjnej wspólnej tak, że drugi wolny koniec był na wysokości kilku cm ponad obojczykiem. (Fotografja preparatu serca). Otwór perforacyjny znajdował się w szyi macicy na tylnej ścianie i komunikował poprzez *plexus uterinus* bezpośrednio z światłem *v. hypogastrica dextra.*

Badanie sekcyjne serca wykazało w miejscu usadowienia się cewnika na wsierdziu przedsionka prawego obecność świeżego zakrzepu w stadjum rozpoczynającej się organizacji, co przemawiałoby za tem, że cewnik tkwił w przedsionku dłuższy czas, a dopiero później zawędrował wyżej, co zgadza się zresztą z przebiegiem klinicznym. Interesującem jest, że obecność tak dużego ciała obcego w sercu nie spowodowała większego zaburzenia w akcji serca, poza przyspieszeniem tętna (do 130/min.), co zresztą można również złożyć na karb rozpoczynającego się zakażenia. Przypadki przedostawania się ciał obcych drogą zatoru do serca — są zresztą znane z doświadczenia wojennego.

W przypadkach wprowadzenia ciał obcych celem przerwania ciąży zaleca autor pewną metodykę badania, polegającą na rewizji pochwy, szczególnie sklepień, następnie rewizji macicy, przyczem wskazane jest opróżnienie macicy, aby zapobiec zakażeniu, rewizja pęcherza moczowego (cystoskopja), prześwietlenie jamy brzusznej. O ile wynik tych badań wypadnie negatywnie, natychmiastowa laparotomja, dokładne przeszukanie jamy brzusznej aż do wątroby i żołądka, oglądanie sieci, krezki, obmacanie przymacicz i przedniej ściany brzucha.

Interesującem jest, że w znanych z piśmiennictwa przypadkach względnie rzadko przychodzi do rozlanego zapalenia otrzewnej, co tłumaczyć możemy znacznemi własnościami bakterjobójczemi otrzewnej. *M. Segal* (Lwów).

Miesiączka wywołana sztucznie uzyskanym hormonem ciałka żółtego. C. KAUFMAN. Klin. Wochensch. Nr. 22. 1935.

Butenandt uzyskał z ziaren soi produkt, którego test fizjologiczny na królicach wykazał czynne własności ciałka żółtego. Autor postanowił zbadać własności tego produktu na człowieku: kobiecie operacyjnie skastrowanej wstrzyknięto sztucznie uzyskany hormon ciałka żółtego (5×6 mg), po uprzedniem wywołaniu fazy proliferacyjnej zapomocą dużej dawki bedźwinianu folikuliny (300.000 j. m.) Po 2 dniach wystąpiło krwawienie maciczne, które trwało 4 dni. Pierwszego dnia odszedł strzęp błony śluzowej, która po zbadaniu histologicznem wykazała czynną fazę sekrecyjną. *M. Segal* (Lwów).

Soja hispida (leguminosae) rosnąca w krajach azjatyckich charakteryzuje się znaczną zawartością białka i tłuszczu w przeciwstawieniu do innych *leguminosae,* natomiast o połowę mniejszą zawartością węglowodanów. Dotychczasowe usiłowania zaaklimatyzowania tej rośliny w Niemczech nie powiodły się ze względów klimatycznych. *(przyp. ref.).*

Postępowanie lecznicze w przypadkach przedwczesnego i niewczesnego pęknięcia pęcherza a także słabych bólów porodowych według Henkla. R. WIPPERT. Zbl. f. Gyn. Nr. 13. 1935.

Metoda Henkla ogłoszona w r. 1919 polega na podawaniu chininy naprzemian z preparatami tylnego płatu przysadki celem wzmożenia lub wywołania czynności porodowej. Autor stosował tę metodę nieco zmodyfikowaną według następującego schematu: 2 łyżki oleju rycynowego, po godzinie 0,3 chininy doustnie lub domięśniowo, następnie jeszcze dwa razy chininy po 0,3 g w odstępach półgodzinnych; dalej tymofizynę po 0,5 g dwukrotnie w odstępach półgodzinnych. Po 3 godzinach lewatywa z $1^1/_2$ litra wody z mydłem; ciepła kąpiel. Metodę tę zastosowano w 1.263 przypadkach pierwotnie i wtórnie słabych bólów porodowych, w przedwczesnem i niewczesnem pęknięciu pęcherza, w ciąży przenoszonej. Jako wynik dodatni uważano wystąpienie porodu w 20 godzin od rozpoczęcia stosowania powyższego schematu. Wynik dodatni osiągnięto w 89,1%, ujemny w 10,7%.

Jeżeli chodzi o porównanie z wynikami po założeniu balonu, to na materjale autora wyraźnie stwierdza się wyższość metody Henkla pod względem bezpieczeństwa dla matki i dziecka, a także możności zakażenia. *M. Segal* (Lwów).

Całkowite wycięcie lewego płuca spowodu rozstrzeni oskrzeli. C. HAIGHT. Surg. Gyn. a Obstr. LVIII. 4. 1934.

W roku 1881 Gluck w doświadczeniach na zwierzętach starał się ustalić sposób postępowania przy całkowitem wycięciu jednego płuca. Macewen i Sauerbruch pierwsi wykonali z pomyślnym wynikiem jednostronną pneumoktomję u ludzi, a Nissen (1931) opracował dokładnie technikę tego zabiegu. Autor w swoim przypadku rozstrzeni oskrzeli lewego płuca, spowodowanej przypadkowem dostaniem się ciała obcego (kawałek gumy) przy usuwaniu zęba, do oskrzela, po bezskutecznem leczeniu bronchoskopją, lipiodolem, torakoplastyką przystąpił do całkowitego usunięcia lewego płuca według techniki podanej przez Nissena;

mianowicie po podwiązaniu szypuły płuca „*en masse*“ płuco uległo martwicy, poczem w 16 dni po zabiegu oddzieliło się samoistnie. Autor, który w tym przypadku uzyskał doskonały wynik leczniczy, podkreśla, że często po pneumektomji występują poważne powikłania, jak krwawienie z kikuta szypuły płuca, obrzęk pozostałego płuca, wreszcie otoki opłucnowe. Wkońcu rozważając krytycznie różne sposoby postępowania operacyjnego, dochodzi do wniosku, że najlepsze wyniki daje postępowanie kilkuczasowe. *W. Bross* (Lwów).

Naświetlanie promieniami Roentgena gruczołów przytarczowych w ostitis fibrosa cystica. M. CUTTER i S. OWEN. Surg. Gyn. a. Obstr. LIX. 1. 1934.

Autorowie opisują przypadek *ostitis fibrosa cystica* u 34-letniej kobiety z wysokim poziomem wapnia we krwi, w którym po naświetlaniach przytarczyc promieniami Roentgena nastąpiła znaczna poprawa. Na tej podstawie dochodzą do wniosku, że leczenie to jest wskazane w tych przypadkach, w których nie można zastosować postępowania operacyjnego; ponadto oddzielne naświetlanie gruczołów przytarczowych może niekiedy posłużyć do określenia umiejscowienia gruczolaka i w ten sposób znacznie ułatwić zabieg operacyjny. *W. Bross* (Lwów).

Odczyn ciążowy Aschheim-Zondeka i promienie Roentgena. L. NUERNBERGER. Zbl. f. Gyn. Nr. 13. 1935.

Myszkom infantylnym naświetlanym różnemi dawkami Roentgena wstrzykiwano mocz ciężarnych i stwierdzono, że nawet po dużych dawkach Roentgena można wywołać odczyn A.-Z. Jakkolwiek Roentgen wywołał uszkodzenia pod postacią zmian bliznowatych w komórce jajowej, zmian degeneracyjnych w nabłonkach pęcherzyków, to jednak wprowadzenie hormonu gonadotropowego wywołało dojrzewanie pęcherzyków i ciałko żółte, powiększenie macicy, w pochwie stadjum łusek. Mocz ciężarnych przed wstrzyknięciem myszkom wytrząsano z eterem tak, że zmiany powstałe w jajnikach zależne są wyłącznie od wpływu hormonu gonadotropowego. Usiłowano wywołać Roentgenem tak znaczne uszkodzenia jajników, aby nie reagowały na hormon gonadotropowy, jednak próby te zawiodły, gdyż myszki nie znosiły tych dużych dawek Roentgena i ginęły. Nawet pod wpływem maksymalnej dawki stosowanej przez autora (184 r.), część myszek zginęła tak, że jest to przypuszczalnie dawka maksymalna, bliska śmiertelnej.

Doświadczenia innych autorów również wykazały, że po naświetlaniu dużemi dawkami Roentgena u myszek białych cykl rujowy w pochwie utrzymuje się długi czas. *M. Segal* (Lwów).

W sprawie leczenia hyperplasia glandularis cystica zapomocą krwi ciężarnych. P. DAMM. Zbl. f. Gyn. Nr. 10. 1935.

Leczenie hormonalne *hyperplasia gland. cyst.* powstałej na tle pęcherzyka przetrwałego i braku ciałka żółtego polega na wprowadzeniu do ustroju brakującego luteohormonu, dzięki czemu zostaje zahamowana nadmierna proliferacja i występuje faza sekrecyjna błony śluzowej macicy lub też wprowadzeniu hormonu luteinizacji powodującego pęknięcie pęcherzyka przetrwałego i w ten sposób przyczyniającego się pośrednio do wytworzenia ciałka żółtego.

Opierając się na doświadczeniu własnem twierdzi autor, że jakkolwiek luteohormon oddaje doskonałe usługi, jeżeli chodzi o wstrzymanie krwawienia, to jednak posiada tę stronę ujemną, że następuje mniej lub więcej długotrwały brak miesiączki, w każdym razie rzadko kiedy powstaje prawidłowy cykl miesiączkowy. Trudności stosowania hormonu przedniego płatu przysadki polegają na tem, że przedewszystkiem dawka skuteczna musi być bardzo duża, a pozatem preparaty z biegiem czasu tracą na sile działania.

W kilku przypadkach *hyperp. gland. cyst.* autor wprowadzał dożylnie krew ciężarnych (400 cm³) i uzyskał dobre wyniki: krwawienia, które nie dały się opanować żadnemi dotychczasowemi metodami leczenia, ustały i wystąpił prawidłowy cykl miesiączkowy. Autor stwierdza, że dla uzyskania efektu leczniczego konieczne są bardzo duże dawki hormonu, a injekcje dożylne krwi ciężarnych właśnie umożliwiają wprowadzenie znacznych ilości hormonu luteinizacji (do 1000 j. m.). *M. Segal* (Lwów).

W sprawie rozpoznania blizn macicy w końcu ciąży. R. FIKENTSCHER. Zeitsch. f. Geb. u. Gyn. T. 110. Z. 2.

Opis przebiegu porodu u rodzącej, która przed 3½ laty miała przebitą macicę, jako następstwo poronienia kryminalnego. Przebicie macicy zostało w swoim czasie rozpoznane, pacjentka skierowana do kliniki z objawami *parametritis* i była leczona zachowawczo. Zgłaszając się do porodu nie podała w wywiadach przebytego poronienia i jego ciężkich następstw.

Badaniem stwierdzono donoszoną ciążę, położenie płodu prawidłowe, pozatem prawidłowo przebiegający początek porodu. Ze względu jednak na to, że po odejściu wód płodowych bóle stały się bardzo silne pomimo zastosowania narkotyków, tak, że rodząca stała się niespokojna, a jednak brak było postępu porodowego (później bóle ustały zupełnie) — uwzględniając kategoryczne żądanie rodzącej, wykonano cięcie cesarskie i urodzono płód żywy, donoszony, wagi 3.490 g. W czasie wyjmowania łożyska stwierdzono, że w pewnem miejscu ściana macicy jest tak cienka, że wyczuwa się przez nią pętle jelitowe. Po wytoczeniu macicy stwierdzono na przedniej ścianie w górze i częściowo w dnie macicy wielką bliznę, a w bliźnie dwa otwory.

Ażeby uniknąć w przyszłości ciężkich powikłań, których pacjentka przypadkowo uniknęła, — wykonano nadpochwowe odcięcie macicy. Przebieg pooperacyjny gładki. (2 fotografje macicy). *M. Segal* (Lwów).

Otolaryngologja.

Czynniki morfologiczny i konstytucyjny w przebiegu ostrego i przewlekłego zapalenia ucha środkowego u dzieci. A. LASKIEWICZ. Rev. de Lar. Z. 2. 1934.

Autor, profesor otolaryngologji w Poznaniu, postawił sobie za zadanie wykazać rolę, jaką odgrywają czynniki morfologiczny i konstytucyjny w powstawaniu i przebiegu zapaleń ucha środkowego u dzieci. W tym celu poddał on dokładnemu badaniu dzieci zgłaszające się na Klinikę Poznańską w latach 1927—1933. Wyniki tych badań są niezmiernie interesujące.

Około 20% dzieci cierpiało na skazę wysiękową. Chorzy ci zapadali często na nieżyty i zapalenia ucha środkowego; dotyczyło to zwłaszcza osesków, karmionych sztucznie. Zapalenia miały wielką skłonność do przejścia w stan przewlekły. Niejednokrotnie tworzyły się zrosty między kosteczkami, błoną bębenkową i *promontorium*, co sprowadzało wybitne upośledzenie słuchu. Zabliźnianie się ran pooperacyjnych na wyrostku sutkowym odbywało się powoli, łatwo przychodziło do nawrotów ropienia w ranie. W przypadkach powikłań na wyrostku sutkowym u dzieci w wieku 2—4 lat, ropień podokostnowy sięgał aż do przedniej części kości potylicznej, zaś do przodu w kierunku łuski skroniowej. Jest to następstwem słabego zespolenia okostnej i kości, które się tak często spostrzega u dzieci obarczonych skazą. W 2 przypadkach tej grupy autor znalazł ropień mózgu i móżdżka w następstwie przewlekłego zapalenia ucha środkowego.

U dzieci typu neuro-artrytycznego (8%) ostre zapalenia ucha środkowego przebiegały wolno i uporczywie i miały skłonność do przejścia w stan przewlekły. Było to spowodowane nieżytami trąbki Eustachjusza, nosa i jamy noso-gardzielowej.

U dzieci obarczonych krzywicą (8%) autor spostrzegał bardzo często zapalenia przewlekłe ucha środkowego z próchnieniem kosteczek i górno-tylnej ściany kostnego przewodu, z tworzeniem się polipów i mas perlakowatych, z zajęciem błędnika pod postacią „*paralabyrinthitis*“, rzadziej z tworzeniem się przetoki w łuku poziomym. W 2 przypadkach tej grupy stwierdzono rentgenologicznie zatarcie szczytu piramidy kości skalistej.

Także u dzieci zołzowych (1%) zapalenia ucha środkowego miały często przebieg przewlekły.

U dzieci ze stanem grasicowo-zołzowym zakażenie przechodzi łatwo z obrzękłej błony śluzowej ucha środkowego na komórki wyrostka sutkowego i na łuskę potyliczną. W przypadkach tych spostrzega się często powikłania w postaci ropni pozaoponowych.

Omawiając czynniki morfologiczne, autor uwzględnia zarówno budowę jamy bębenkowej i trąbki Eustachjusza jakoteż i utkanie wyrostka sutkowego, wykazując, jak drobne nawet zmiany mogą wpłynąć na przebieg zapalenia ucha środkowego. Tak np. trąbka szeroka i o prostym przebiegu, jaką się spotyka u indywiduów krótkogłowych i o szerokiej twarzy, ułatwia przejście zakażenia z jamy nosogardzielowej do jamy bębenkowej.

Praca Laskiewicza porusza cały szereg problemów, z któremi otjatra codziennie się spotyka. Autor daje liczne cenne wskazówki, które mają znaczenie nietylko dla specjalisty, ale także dla praktyka ogólnego. *J. Spira* (Kraków).

Schwanno-Sarcome auriculaire. G. PORTMANN i J. DESPONS. Rev. de Lar. Z. 2. 1934.

Dziewczyna 13-letnia zgłasza się na klinikę otolaryngologiczną w Bordeaux spowodu nabrzmienia za uchem, trwającego od roku. Nabrzmienie powoli powiększa się i wkońcu przybiera

kształt małego uszypułowanego guza, miękkiego, koloru szaroniebieskiego. Guz usunięto chirurgicznie. Badanie histologiczne wykazuje *Schwannoma* (nowotwór wychodzący z osłonki nerwowej a mianowicie z komórek Schwanna). Po kilku miesiącach nawrót, powtórna operacja. Guz wracał jeszcze 2 razy, wreszcie po 4 zabiegu (wycięcie guza wraz z częścią tylnej ściany przewodu), nastąpiło wyleczenie.

W związku z tem spostrzeżeniem autorowie zwracają uwagę na fakt, że nowotwory wychodzące z tkanki nerwowej w okolicy wyrostka sutkowego są o wiele częstsze niż się wogóle przyjmuje. Jednak rozpoznanie trafia na wielkie trudności; zwłaszcza w późniejszych okresach choroby trudno je odróżnić od mięsaków. *J. Spira* (Kraków).

Badania kliniczne nad zakrzepami zatok pochodzenia usznego. M. ELIASSON. Rev. de Lar. Z. 2. 1934.

Na podstawie 127 przypadków zakrzepów zatok pochodzenia usznego, spostrzeganych na klinice otolaryngologicznej w Leningradzie w latach 1923—1932, podaje autor następujące szczegóły:

1) Śmiertelność wynosiła 36,3%; była wyższa u mężczyzn niż u kobiet.

2) Drogi rozszerzenia się zakażenia: 86,3% przypadków rozszerzało się przez sąsiedztwo — drogą zapalenia kości. W 4 przypadkach kość i zatoka były niezmienione; w 4 przypadkach była zajęta tylko zatoka, w 6 tylko kość.

3) Obraz kliniczny. A) Objawy ogólne: a) Przypadki zakrzepów zatok ze stanami podgorączkowemi mają przebieg dobrotliwy (100%). b) objawy oponowe towarzyszące zakrzepom niepowikłanym spotyka się częściej niż dotychczas podawano. Objawy te świadczą o ciężkości schorzenia. c) Przerzuty występują najczęściej w płucach (16 razy na 38 przypadków) i dają największy procent śmiertelności. d) Śmiertelność w następstwie przerzutów jest większa w zapaleniach przewlekłych niż w zapaleniach ostrych.

B) Objawy miejscowe: a) W wyjątkowych przypadkach mogą powstać zakrzepy zatoki bez objawów ze strony ucha. Rozpoznanie tych przypadków jest bardzo trudne. b) Procesy zapalne ucha środkowego ze środkowem przedziurawieniem błony bębenkowej mogą dać także powikłania ze strony zatok (1,7%). A więc pogląd o dobrotliwości tych zapaleń jest dość względny. c) Spośród wszystkich objawów wyrostkowych najpewniejszym objawem, świadczącym o zakrzepie jest bolesna wrażliwość na poziomie górnej części żyły szyjnej. (Objaw podany przez Lewina).

4) Leczenie: Na klinice wykonywano wszystkie zagiegi (a więc operację na wyrostku sutkowym i podwiązanie żyły szyjnej) jednoczasowo. Wyniki: 68,4% wyleczeń przy podwiązaniu żyły szyjnej; 40% wyleczeń — w przypadkach bez podwiązania.

Przypadki z objawami oponowemi przed operacją — nawet przy zakrzepach niepowikłanych — dawały rokowania gorsze niż przypadki bez objawów oponowych.

5) Przyczyny zejścia śmiertelnego: 47,5% — zapalenie opon mózgowych; 43,5% — posocznica; 9% — inne przyczyny (ropnie mózgu i móżdżka, krwotok z tętnicy szyjnej).

J. Spira (Kraków).

Leczenie gruźlicy krtani promieniami Roentgena. G. FERRERI. Rev. de Lar. Z. 3. 1934.

Autor leczył w ten sposób 25 chorych ze zmianami naciekowo-nieżytowemi lub naciekowo-wrzodziejącemi i uzyskał następujące wyniki: U 6 wyleczenie, u 12 poprawa, u 3 — bez zmiany, u 2 pogorszenie, w 2 przypadkach zejście śmiertelne. Na tej podstawie autor uważa leczenie promieniami Roentgena — za najlepszy środek leczniczy przy gruźlicy krtani. W szczególności naświetlania promieniami Roentgena działają niezwykle korzystnie w przypadkach bolesności połykowej.

J. Spira (Kraków).

Medycyna sądowa i psychjatrja.

Ciąża skutkiem zgwałcenia, spędzenie płodu i prawo karne. K. HOLZAPFEL. Zbl. f. Gyn. Nr. 10. 1935.

Ciąża skutkiem zgwałcenia jest traktowana przez prawodawstwo po macoszemu — poprostu dla prawodawstwa nie istnieje [1]). Wielu prawników i wybitnych lekarzy stoi na stanowisku, że zgwałcenie wogóle nie istnieje dlatego, że kobieta jest w stanie obronić się przed gwałcicielem. Jeżeliby tak było w rzeczywistości, to zbędnym staje się odnośny artykuł ustawy, która przewiduje sankcje karne za zgwałcenie. Autor jednak stwierdza, że nie można ściśle odgraniczyć zgwałcenia od uwiedzenia. Czy może kobieta skutecznie obronić się przed zgwałceniem? Zasadniczo może, istnieje jednak szereg okoliczności, kiedy obrona staje się niemożliwa, a mianowicie w przypadkach: 1) napaści znienacka, 2) gróźb — strach nawet u silnej kobiety może ją uczynić bezwładną, 3) użycia znacznej siły, 4) uczucia wstydu — napadnięta nie wzywa pomocy.

Istnieje zapatrywanie, że ciążę jako następstwo zgwałcenia spotyka się rzadko. Zdaniem autora zdarza się to częściej aniżeli przypuszczamy, jednak rzadko przypadki te dochodzą do wiadomości sądu lub zakładów leczniczych. Autor domaga się uregulowania prawnego tej kwestji i opieki prawnej nad ciężarnemi skutkiem gwałtu — w sensie zezwolenia na przerywanie ciąży.

Dalej omawia autor niejasności ustawy niemieckiej w sprawie wskazań do przerwania ciąży, brak chociażby jednego paragrafu, któryby wyraźnie zezwalał lekarzowi na przerwanie ciąży, jakkolwiek przypadki, w których ciąża z całą pewnością może spowodować utratę zdrowia, a nawet śmierć, niewątpliwie istnieją. Jeżeli chodzi o kolizję z zasadami kościoła katolickiego, autor przyłącza się do zdania Franqué, który radzi, aby ci lekarze, którzy nie chcą wbrew tym zasadom postępować, nie zajmowali się położnictwem, gdyż mogą narazić swoje pacjentki na niebezpieczeństwo życia.

Autor odróżnia trzy kategorje lekarzy zajmujących się przerywaniem ciąży: 1) dla chęci zysku; są to niepowołani i lekarze, którzy mają na celu tylko zdobywanie pieniędzy, etyka tych lekarzy równa zeru; 2) skrajnie przeciwna grupa, do której należą lekarze na wyższych stanowiskach; 3) grupa pośrednia lekarzy-praktyków znających niedolę biednych sfer i dlatego uznających szersze wskazania aniżeli lekarze grupy drugiej. Którzy z nich mają słuszność, trudno powiedzieć, w każdym razie nie da się przeprowadzić ścisłego odgraniczenia pomiędzy poszczególnemi grupami. W każdym razie zbyt wąskie granice wskazań lekarzy grupy drugiej są, zdaniem autora, szkodliwe.

Autor przytacza przypadek kobiety leczonej w klinice według wszelkich zasad wiedzy lekarskiej, a która zmarła skutkiem niepowściągliwych wymiotów. Podobne przypadki opisali Treub, Franqué i inni. Pomimo to znakomity ginekolog P. Zweifel odrzucał niepowściągliwe wymioty ciężarnych jako wskazanie do przerwania ciąży.

Proponowane ze strony niektórych zrzeszeń lekarskich potwierdzenie lekarza urzędowego, zezwalające na przerwanie ciąży, autor odrzuca, gdyż zdaniem jego lekarze okręgowi najmniej na tych sprawach się rozumieją i niezawsze do tego się nadają, a zbytnia gorliwość może czasami bardzo zaszkodzić. Zezwolenie konsyljarne 2—3 lekarzy również nie zapobiegnie żadnemu „spędzeniu płodu" (które autor odróżnia od przerwania ciąży ze wskazań czysto lekarskich). Jeżeli chodzi o proponowany obowiązek meldowania — autor nie jest temu przeciwny, jakkolwiek wątpi, czy może to przynieść jakąś korzyść, w każdym razie pacjentce nie szkodzi i jest prostsze i tańsze aniżeli konsyljum. *M. Segal* (Lwów).

[1]) W Polsce sprawa ta została uwzględniona w nowym kodeksie karnym, zezwalającym na przerwanie ciąży na wniosek władz sądowych w przypadku stwierdzonego zgwałcenia. (Przyp. refer.).

RUCH W TOWARZYSTWACH LEKARSKICH. — ZJAZDY.

Polska Akademja Umiejętności. IV. Wydział Lekarski.

Posiedzenie z dnia 20 maja 1935 r.

Przewodniczący: Dyrektor H. Hoyer.

Czł. W. Orłowski i J. Modrakowski przedstawiają pracę p. Z. Galinowskiego p. t. *„Badania nad przemianą purynową w chorobach miąższu wątroby. Część I. Wydalanie z moczem kwasu moczowego, zasad purynowych, azotu ogólnego, mocznika, amoniaku i fosforanów"*.

Autor oznaczał codziennie w przeciągu 1—3 tygodniowego okresu czasu u badanych, pozostających na oznaczonej diecie bezpurynowej, wartość dobową moczu, azotu ogólnego, kwasu moczowego, zasad purynowych, mocznika, amoniaku i fosforanów. Zbadano 14 przypadków (5 żółtaczki nieżytowej, 1 marskości sercowej, 2 marskości typu Hanota, 2 raka przerzutowego wątroby i 4 zdrowych). Autor dochodzi do następujących wniosków: 1) w chorobach miąższu wątrobowego wydalanie

z moczem kwasu moczowego endogenicznego jest przeciętnie wyższe niż u zdrowych, zarówno w świetle liczb bezwzględnych, jak liczb odsetkowych w stosunku do całkowitej wartości azotu w moczu. 2) Okresowi poprawy stanu zdrowia chorych wątrobowych odpowiada spadek wydalania kwasu moczowego endogenicznego, równocześnie ze zmniejszeniem bilirubinurji, bilirubinemji, urobilinurji i zmniejszeniem wymiarów wątroby; w okresie pogarszania się stanu, gdy wymienione objawy wzrastają, wzmaga się wydalanie kwasu moczowego. 3) Poziom kwasu moczowego we krwi u chorych jest niepodwyższony, utrzymując się na tej samej wysokości, niezależnie od zachowania się kwasu moczowego w moczu. 4) W wartościach azotu ogólnego, mocznika, amoniaku i fosforanów w moczu, niema wogóle poważniejszych różnic między chorymi a zdrowymi; w cięższych stanach może wystąpić wzrost wydalania amoniaku i obniżenie mocznika. Nie stwierdza się żadnej równoległości między zachowaniem się kwasu moczowego a innych badanych ciał azotowych i fosforanów w łączności ze stanem zdrowia.

(Z I Kliniki Chorób Wewnętrznych Uniwersytetu Warszawskiego. Zast. Dyrektora: Doc. Dr. Z. G o r e c k i).

Czł. W. O r ł o w s k i i J. M o d r a k o w s k i przedstawiają pracę p. Z. G a l i n o w s k i e g o p. t. *„Badania nad przemianą purynową w chorobach miąższu wątroby. Część II. Wpływ kofeiny, eufiliny, neptalu i atofanylu na wydalanie z moczem kwasu moczowego, zasad purynowych, azotu ogólnego, mocznika, amoniaku i fosforanów"*.

Autor badał działanie metyloksantu, neptalu i atofanylu u zdrowych (4 przypadki) i chorych na wątrobę (5 przypadków żółtaczki nieżytowej, 2 przypadki marskości wątroby przerostowej typu H a n o t a, 1 przypadek marskości pochodzenia sercowego). Leki stosował pozajelitowo u badanych, pozostających na stałej bezpurynowej diecie. Wpływ środków oceniono według zachowania się moczu (diureza, azot ogólny, mocznik, kwas moczowy, amoniak, fosforany) i krwi (azot pozabiałkowy, kwas moczowy i mocznik). Wyniki pracy przedstawił autor we wnioskach następujących: 1) stosowanie pozajelitowe kofeiny i eufiliny u zdrowych obniża wydalanie i produkcję kwasu moczowego endogenicznego i tylko w nieznacznym stopniu pobudza diurezę. 2) U chorych wątrobowych moczopędne działanie metyloksantyn jest silniejsze; działanie na wydalanie kwasu moczowego endogenicznego jest podobne do tego, jakie spostrzega się u zdrowych. Jednakże w żółtaczce nieżytowej na szczycie choroby i w niektórych okresach marskości wątroby występuje działanie odmienne, wskazujące na pobudzenie produkcji i wydalania kwasu moczowego. 3) Neptal obniża wydalanie mocznika i azotu ogólnego oraz fosforanów. Działanie to polega na hamowaniu czynności sączka nerkowego dla tych substancyj i wiedzie do wzrastania we krwi poziomu RN i mocznika. Zjawisko powyższe, zaznaczające się już u zdrowych, u chorych jest znacznie większe. 4) U chorych i zdrowych neptal wpływa moczopędnie i pobudza wydalanie kwasu moczowego. W pewnej kategorji chorób wątrobowych po jednorazowej zwyżce wydalania kwasu moczowego, nieprzekraczającej zresztą wysokości zwyżki, spotykanej u zdrowych, następuje wtórne zahamowanie wydalania, świadcząc o szczuplejszych zasobach rezerwowych kwasu moczowego w ustroju u tych chorych. 5) Atofanyl wywoływał nieznaczne tylko przesunięcia w wydalaniu moczu i jego składników. U chorych częściej następowało zmniejszenie wydalania kwasu moczowego.

(Z I Kliniki Chorób Wewnętrznych Uniwersytetu Warszawskiego. Zast. Dyrektora: Doc. Dr. Z. G o r e c k i).

Czł. W. O r ł o w s k i i J. M o d r a k o w s k i przedstawiają pracę p. E. A p f e l b a u m a p. t. *„Badania kliniczne nad patologją stężenia i utleniania hemoglobiny w niedokrwistości różnych typów"*.

W pierwszej serji przeprowadził autor badania nad stężeniem hemoglobiny we krwi na jednostkę objętości. W tym celu oznaczał ilość hemoglobiny metodą pojemności tlenowej, oraz procentem objętości krwinek. Z badań tych wynika, że zarówno w niedokrwistości zwykłej, jak i w niedokrwistości złośliwej typu A d d i s o n a - B i e r m e r a wskaźnik stężenia hemoglobiny leży przeważnie poniżej stanu prawidłowego albo jest do niego zbliżony. Gdy w niedokrwistości zwykłej w miarę poprawy stężenie hemoglobiny wzrasta, to w niedokrwistości złośliwej mało zmienia się zarówno w okresie nawrotu, jak i zwolnienia. Z badań tych wynika, że w niedokrwistości istnieje bezwzględna niedobarwność lub ortochromatoza, nigdy zaś nie istnieje nadbarwność.

Badania te nasunęły wątpliwość, czy pojemność hemoglobiny dla tlenu, uważana dotychczas za wielkość stałą stosownie do wzoru H ü f n e r a, nie zmienia się w niedokrwistości. W tym celu wykonał autor drugą serję badań, z których wynika, że we wszystkich postaciach niedokrwistości ilość hemoglobiny, obliczonej metodą barwną (metodą fotoelektrometryczną), przewyższa ilość hemoglobiny, odpowiadającą jej pojemności tlenowej (metoda gazowa). Stąd wnosi autor, że albo część hemoglobiny jest nieczynna pod względem wiązania tlenu albo hemoglobina ma wogóle mniejszą i różną pojemność dla tlenu niż w warunkach fizjologicznych, przyczem w niedokrwistości złośliwej niedobór pojemności tlenowej jest większy niż w zwykłej.

Duża rozpiętość liczb pomiędzy zwykłym wskaźnikiem barwnym a rzeczywistem stężeniem hemoglobiny w niedokrwistości różnych typów, ma swe źródło w wielkości krwinek oraz w gorszem powinowactwie hemoglobiny do tlenu.

Wyniki tych badań nasunęły przypuszczenie możliwości wpływu tych czynników na kształtowanie się krzywej dysocjacji oksyhemoglobiny.

Z badań autora, wykonanych w tym kierunku (własną metodą), wynika, że w niedokrwistości różnego pochodzenia następuje obniżenie krzywej dysocjacji przy niskiej prężności tlenu, przyczem w niedokrwistości złośliwej łatwiejsze odszczepianie tlenu na obwodzie jest większe niż w zwykłej, natomiast w układzie tętniczo-płucnym istnieją warunki prawidłowego albo wzmożonego wiązania tlenu. Wyniki badań nad zaburzeniami w stężeniu, pojemności tlenu oraz dysocjacji hemoglobiny prowadzą do wniosku, że stany niedokrwistości różnych typów przeobrażają budowę zespołu barwnego cząsteczki hemoglobiny.

(Z II Kliniki Chorób Wewnętrznych Uniwersytetu Warszawskiego. Dyrektor: Prof. Dr. med. Witold O r ł o w s k i).

Czł. W. O r ł o w s k i i J. P a r n a s przedstawiają pracę p. J. F l i e d e r b a u m a p. t. *„Badania nad ilością wody krążącej z osoczem". Część druga.*

Autor przeprowadził na psach badania, dotyczące wpływu układu nerwowego autonomicznego, śledziony i gruczołów dokrewnych na ilość wody krążącej.

Środki, pobudzające układ współczulny, porażające układ przywspółczulny, jony wapnia i przecięcie nerwów błędnych zwiększają ilość wody krążącej, natomiast leki, pobudzające nerw błędny, a porażające współczulny, jony potasu i przecięcie nerwów trzewnych zmniejszają ilość wody krążącej.

Usunięcie śledziony wzmaga ilość wody krążącej. Po usunięciu śledziony zabiegi, zwiększające ilość wody krążącej, są mniej skuteczne. Wyciąg odbiałczony śledziony zmniejsza ilość wody krążącej u psów, pozbawionych śledziony.

W badaniach nad wpływem gruczołów dokrewnych na ilość wody krążącej stwierdzono, że usunięcie nadnerczy, tarczycy i przytarczyc lub wstrzyknięcie insuliny zmniejsza ilość wody krążącej, która wzrasta po tyroksynie, parathormonie, retrohipofizynie.

(Instytut Patologji Ogólnej i Doświadczalnej Uniwersytetu Warszawskiego. Dyrektor: Prof. Dr. F. V e n u l e t).

Czł. K. O r z e c h o w s k i przedstawia pracę p. J. S o b a ń s k i e g o p. t. *„Wzmożone ciśnienie śródczaszkowe i jego wpływ na powstawanie tarcz zastoinowych"*.

W pracy swej autor przedstawił wyniki porównawczych badań poziomów ciśnienia krwi, panującego w żyle i tętnicy środkowej siatkówki, z poziomem ciśnienia płynu mózgowordzeniowego w 93 przypadkach z prawidłowem i ze wzmożonem ciśnieniem śródczaszkowem. Badania te zostały uzupełnione doświadczeniami ze sztucznie podwyższanem ciśnieniem śródczaszkowem u pięciu chorych po trepanacji dekompresyjnej. W celu ostatecznego potwierdzenia wyprowadzonych z pracy powyższej wniosków, wykonał autor badania na psach, u których doświadczalnie wywoływał tarcze zastoinowe na dnie oczu, uciskając na pozagałkowy odcinek nerwu wzrokowego, zawierający naczynia środkowe siatkówki.

Z badań powyższych wyprowadza autor następujące wnioski: przyczyną powstawania tarcz zastoinowych na dnie oczu jest ucisk na żyłę środkową siatkówki, przebiegającą w pozagałkowym odcinku nerwu wzrokowego, przez zbierający się w przestrzeniach międzypochwowych nerwu płyn mózgowordzeniowy i wywołujący odpowiednie podwyższenie się ciśnienia w tej żyle, a w większości przypadków także i załamanie się stosunku obu minimum ciśnień żylnego i tętniczego w siatkówce. Przy podwyższaniu się tego stosunku do 1 : 1,5 występuje na dnie oczu zawsze obraz tarcz zastoinowych. Natomiast przy wysokim nawet poziomie ciśnienia śródczaszkowego zastoina na dnie oczu nie wystąpi, o ile stosunek ten pozostanie w granicach prawidłowych (1 : 1,9 do 1 : 3).

Dokładna znajomość poziomu ciśnienia żylnego i tętniczego w siatkówce jest konieczna w każdym przypadku wzmożonego ciśnienia śródczaszkowego, gdyż pozwala wnosić, jak proces ten na dnie oka przebiegać będzie i czy nie trzeba przyśpieszyć terminu wykonania zabiegu dekompresyjnego, w celu zabezpieczenia chorych przed utratą wzroku.

(Z Kliniki Ocznej Uniwersytetu Warszawskiego. Dyrektor: Prof. Dr. J. Lauber).

Czł. W. Orłowski i S. Dąbrowski przedstawiają pracę p. J. Roguskiego p. t. *„Ketonemja w różnych stanach chorobowych"*.

Na zasadzie swych badań, wykonanych u 102 osób (w tem 10 zdrowych), dochodzi autor do następujących wniosków:

1. Zawartość ciał ketonowych we krwi u zdrowych, oznaczana metodą Denigés-Van Slyke'a-Fitza, nie przekracza naczczo po diecie dowolnej, mieszanej 0,854 mg w 100 cm³ (średnio 0,302 mg).
2. Zasadniczym czynnikiem, kierującym ketonemją, jest dieta, niezależnie od sprawy chorobowej.
3. W cukrzycy określanie ketonemji stać powinno narówni z określaniem cukru we krwi.
4. U osób niecukrzycowych ketoza stoi przedewszystkiem w związku z przewlekłem głodzeniem.
5. Bezwęglowodanowa, białkowotłuszczowa dieta Jarockiego wywołuje wybitną ketozę.
6. Dieta Karella wywołuje przeważnie ketozę umiarkowanego stopnia.
7. Choroby krwi, wątroby, nerek, nadczynność tarczycy, ciąża, przewlekła niewydolność krążenia oraz zatrucia nie wiodą same przez się do wzmożenia ciał ketonowych we krwi.

(Z II Kliniki Chorób Wewnętrznych Uniwersytetu Warszawskiego. Dyrektor: Prof. Dr. med. Witold Orłowski).

Czł. W. Orłowski i S. Dąbrowski przedstawiają pracę p. J. Roguskiego p. t. *„Cukier we krwi w przewlekłej niewydolności krążenia"*.

Autor wyciąga ze swych badań, wykonanych w 50 przypadkach przewlekłej niewydolności krążenia i u 10 zdrowych osób, następujące wnioski:

W 20% przypadków przewlekłej niewydolności krążenia, poziom cukru we krwi naczczo jest niższy od najniższego poziomu u osób zdrowych; w 12% zaś przypadków stwierdza się liczby wyższe od górnej granicy, spostrzeganej u zdrowych.

Krzywa przecukrzenia pokarmowego po spożyciu 50 g glukozy, charakteryzuje się wogóle zwolnieniem powrotu do wartości początkowych; w 42% przypadków brak jest powrotu do wartości pierwotnych jeszcze po trzech godzinach. Krzywa glikemiczna w przewlekłej ciężkiej niewydolności krążenia, przebiega wogóle wyżej, niż prawidłowa. W niewydolności krążenia średniej i lekkiej poziom cukru we krwi naczczo jest niekiedy niższy, niż w przypadkach prawidłowych; krzywa glikemiczna średnia przebiega jednak w tych przypadkach nieco wyżej, niż u zdrowych, szczyt pojawia się z półgodzinnem opóźnieniem, a powrót do wartości początkowych następuje dopiero po 3 godzinach.

Żadnego związku pomiędzy rodzajem wady zastawkowej a przebiegiem krzywej glikemicznej wykryć nie można.

Opóźnienie powrotu do wartości początkowych jest wyraźne zwłaszcza w wieku starszym (u osób powyżej 50 roku życia) i w przewlekłych zmianach mięśnia sercowego.

Zaburzenia przebiegu krzywej glikemicznej w przewlekłej niewydolności krążenia nie zależą ani od przekrwienia biernego wątroby, ani od wady, która tę niewydolność wywołała.

Leczenie przewlekłej niewydolności krążenia cukrem nie znajduje w świetle powyższych badań uzasadnienia.

(Z II Kliniki Chorób Wewnętrznych Uniwersytetu Warszawskiego. Dyrektor: Prof. Dr. med. Witold Orłowski).

Czł. W. Orłowski i S. Dąbrowski przedstawiają pracę p. W. Markerta p. t. *„Badania nad amoniakiem we krwi u ludzi.* Doniesienie II. *Wpływ pracy fizycznej na zawartość amoniaku we krwi"*.

W pracy niniejszej autor badał warunki powstawania i znikania amoniaku we krwi po pracy mięśniowej. Pracę, którą wykonywali badani, podnosząc ręką ciężar 5 kg obliczano w kgm. Krew pobierano z żyły i tętnicy łokciowej natychmiast po pracy oraz po 10 i 20 minutach. Amoniak określano metodą Parnasa i Klisieckiego, zmienioną w ten sposób, jak to opisano w Biuletynie Wydziału IV Polskiej Akademji Umiejętności maj—lipiec, 1934 r.

Wyniki badań doprowadziły do następujących wniosków:

1. Praca mięśniowa zwiększa zawartość amoniaku we krwi żylnej kończyny pracującej, przyczem pomiędzy ilością wykonanej pracy a zwiększeniem amoniaku we krwi istnieje pewna zależność.
2. Zwiększenie zawartości amoniaku we krwi żylnej po pracy ustępuje powoli tak, że po 10 minutach jeszcze stwierdzić można 1/4 część początkowej ilości, a nawet po 20 minutach niezawsze ilość amoniaku we krwi wraca do poziomu prawidłowego.
3. Praca mięśniowa, znacznie zwiększająca ilość amoniaku we krwi żylnej, w warunkach doświadczeń autora nie wywoływała zwiększenia ilości amoniaku we krwi tętniczej ręki pracującej, ani we krwi żylnej ręki przeciwnej.
4. W badaniach zawartości amoniaku we krwi u ludzi należy bezwzględnie przestrzegać, by badani przed pobraniem krwi nie wykonywali żadnej pracy mięśniowej i zachowywali zupełny spokój fizyczny.

(Z II Kliniki Chorób Wewnętrznych Uniwersytetu Warszawskiego. Dyrektor: Prof. Dr. med. Witold Orłowski).

Czł. W. Orłowski i S. Dąbrowski przedstawiają pracę p. W. Markerta p. t. *„Badania nad amoniakiem we krwi u ludzi.* Doniesienie III. *Amoniak we krwi u chorych nerkowych"*.

W doniesieniu niniejszem autor starał się określić rolę amoniaku we krwi w chorobach nerek i w patogenezie mocznicy. W tym celu wykonał 43 określenia zawartości amoniaku we krwi u 33 chorych z różnemi postaciami chorób nerek i w różnych okresach chorobowych, nie wliczając w to chorych z przekrwieniem biernem i czynnem nerek.

Autor stwierdził: 1) że zawartość amoniaku we krwi nie jest wzmożona w ciężkich postaciach mocznicy, przebiegającej z kwasicą lub bez niej, w przypadkach rzucawki porodowej i nerki ciężarnych, w przypadkach ostrego kłębuszkowego i przewlekłego mieszanego zapalenia nerek, pierwotnej i wtórnej marskości nerek, w nerczycy oraz w skrobiawicy w okresie nerki marskiej; 2) że w okresie drgawek mocznicowych lub rzucawki porodowej z drgawkami zawartość amoniaku we krwi jest wzmożona, zależnie od pracy mięśniowej, wykonywanej w okresie drgawek przez kończynę, z której pobierano krew; wobec tego wzmożenie zawartości amoniaku we krwi, stwierdzane w tym okresie, nie jest przyczyną, lecz skutkiem drgawek.

Z badań tych wynika, że wbrew poglądom niektórych autorów amoniak we krwi nie odgrywa żadnej roli w chorobach nerek i w patogenezie mocznicy, gdyż zawartość jego we krwi w tych przypadkach była zawsze prawidłowa, jednak z tem zastrzeżeniem, że krew pobiera się do badania w warunkach zupełnego spokoju fizycznego.

(Z II Kliniki Chorób Wewnętrznych Uniwersytetu Warszawskiego. Dyrektor: Prof. Dr. med. Witold Orłowski).

Czł. W. Orłowski i S. Dąbrowski przedstawiają pracę p. A. Biernackiego p. t. *„Wpływ salirganu na wydzielanie żółci wątrobowej"*.

Ponieważ wiadomo oddawna, że leki rtęciowe odkładają się w wątrobie i częściowo wydzielają się z żółcią, zajął się autor zagadnieniem wpływu preparatów rtęciowych na wydzielanie żółci wątrobowej. W tym celu przeprowadził 6 doświadczeń na trzech psach z przetoką żółciową częściową i wyciętym pęcherzykiem żółciowym i otrzymał wyniki następujące:

1. Po wytworzeniu przetoki żółciowej sposobem Węgierki stężenie żółci wątrobowej ustala się dopiero po 3 godzinach od założenia zgłębnika.
2. Po wstrzyknięciu dożylnem 1 cm³ salirganu zachodzą w żółci następujące zmiany:

a) Ilość wydzielanej żółci wątrobowej wzrasta w pierwszej godzinie średnio o 89%, w drugiej godzinie o 39% i powraca w trzeciej godzinie do stanu poprzedniego.

b) Salirgan wywiera działanie żółciotwórcze, jak tego dowodzi zwiększenie ilości bezwzględnej wszystkich składników żółci po jego wstrzyknięciu.

c) Jednocześnie z tem salirgan nieznacznie rozcieńcza żółć, jak o tem świadczą zmiany zarówno wskaźnika załamania, jak ciężaru właściwego i pozostałości suchej.

d) Odsetkowa i całkowita ilość chlorków wzrasta po wstrzyknięciu salirganu.

e) Stężenie jonów wodorowych, napięcie powierzchniowe, zasób zasad, ilość bilirubiny, żółcianów, azotu całkowitego i pozabiałkowego ulegają tylko nieznacznym wahaniom.

f) Zawartość cholesteryny pozostaje niska, zwykle poniżej 50 mg w 100 cm³ żółci.

3. Po wstrzyknięciu 3 cm³ salirganu dożylnie następuje zahamowanie wydzielania żółci.

(Z II Kliniki Chorób Wewnętrznych Uniwersytetu Warszawskiego. Dyrektor: Prof. Dr. med. Witold Orłowski).

Czł. W. Orłowski i M. Konopacki przedstawiają pracę p. M. Ostroucha p. t. *„Badania nad wpływem krwi chorych z przewlekłą niewydolnością krążenia na wzrost fibroblastów in vitro"*.

Autor badał zachowanie się wzrostu czystych hodowli fibroblastów z sieci królika i serca zarodków kury w środowiskach, zawierających surowicę lub osocze chorych z przewlekłą niewydolnością krążenia.

Doświadczenia przeprowadzano wyłącznie w płytkach Carrela. Fazę stałą hodowli stanowiła mieszanina osocza zwierzęcia i surowicy lub osocza badanej osoby, fazę płynną — surowica badana z dodatkiem 5% wyciągu zarodkowego. Wzrost mierzono metodą Ebelinga-Fischera. W sposób powyższy zbadano krew 50 osób: 16 zdrowych, 18 z niewydolnością krążenia i 16 różnych chorych. We wszystkich przypadkach niewydolności krążenia, stwierdzono przyspieszenie wzrostu, a mianowicie w hodowlach doświadczalnych wzrost w tym samym czasie był o 40% większy niż w kontrolnych. Wyniki badań wpływu surowic innych jednostek chorobowych były niejednolite.

Czł. M. Franke i S. Przyłęcki przedstawia pracę p. R. Tislowitza p. t. *„Kwas l. askorbinowy i przemiana cholesterynowa"*.

Badano wpływ kwasu l. askorbinowego na poziom cholesteryny we krwi. Doświadczenia przeprowadzano na psach. Badania dotyczyły zwierząt: 1) zdrowych przy zwykłem pożywieniu, 2) przy równoczesnej zmianie pożywienia, 3) wreszcie zwierząt, którym usunięto nadnercze. Kwas askorbinowy wprowadzano psom dożylnie (przeciętnie 10 mg na kg wagi).

1. W pierwszej grupie doświadczeń badano poziom cholesteryny we krwi po 1 godzinie, 2, 3, 4, 6 i 24 godzinach po jednorazowem wstrzyknięciu kwasu askorbinowego.

Zawartość cholesteryny we krwi była za każdym razem ta sama. W innej serji tych doświadczeń podawał autor psom przez 5—14 dni codzień tę samą dawkę kwasu askorbinowego, jednak również bez żadnych zmian poziomu cholesteryny we krwi.

2. W drugiej grupie doświadczeń badał autor poziom cholesteryny we krwi w czasie diety mięsnej, diety jarskiej oraz mieszanej. Jedne psy otrzymywały na zmianę pożywienie jarskie, a potem mięsne i odwrotnie. Inne psy otrzymywały pożywienie mieszane. Przy pożywieniu mięsnem zauważył autor za każdym razem wzrost zawartości cholesteryny we krwi, przy jarskiem — zmniejszenie się jej zawartości.

Poziom cholesteryny u zwierząt, którym równocześnie ze zmianą pożywienia podawano kwas askorbinowy, nie różnił się od poziomu cholesteryny u zwierząt kontrolnych. Kwas askorbinowy nie miał więc wpływu na wahania poziomu cholesteryny, wywoływane przez zmianę pożywienia.

3. W trzeciej grupie doświadczeń stwierdził autor wzmożony poziom cholesteryny we krwi po usunięciu jednego nadnercza. Wzrost poziomu zaznacza się szczególnie w pierwszych dniach po operacji. W tych warunkach badał autor wpływ kwasu askorbinowego na powstałą hipercholesterynemję, nie stwierdził jednak żadnych zmian po wstrzyknięciu kwasu askorbinowego — w przeciwieństwie do wyraźnego działania obniżającego wyciągów kory nadnerczy.

Streszczenie wyników: Rozpuszczalna w wodzie witamina C nie wywiera wpływu na poziom cholesteryny we krwi, podobnie jak witamina B_1 — w przeciwieństwie do witamin A i D, rozpuszczalnych w tłuszczach.

(Z Zakładu Patologji Ogólnej i Dośw. Uniwersytetu Warszawskiego. Kierownik: Prof. Dr. med. F. Venulet).

Dok. nast.

Wydział Lekarski Poznańskiego T. P. N.

Protokół I Walnego Zebrania z dnia 11 stycznia 1935 r.

1) *Pokazy:*

Kol. K. Stojałowski: Przed kilku laty przedstawiłem na posiedzeniu Wydziału przypadek uduszenia się kiełbasą wskutek wklinowania jej do krtani. W ostatnich dniach miałem sposobność dokonać sekcji dwóch ofiar biesiad świątecznych. W obu przypadkach chodzi o kobiety otyłe i w podeszłym wieku.

W jednym z tych przypadków stwierdziłem prócz miażdżycy naczyń mózgowych długą kość drobiu, położoną u wejścia do krtani poprzecznie i opierającą się końcami o błonę śluzową zatok gruszkowatych. Według zeznań rodziny kość ta leżała u wejścia do krtani przez 5 dni niezauważona przez lekarza, który badał krtań i gardło. Porażenie mowy nie pozwalało chorej zwrócić uwagi na obecność ciała obcego, jedynie ciągłe chrząkanie wywołało podejrzenie w tym kierunku.

W drugim przypadku na sekcji nie można było już znaleźć ciała obcego w krtani, jednak obraz sekcyjny przemawia za uszkodzeniem ością lub ostrą kością błony śluzowej zatoki gruszkowatej prawej.

Błona śluzowa wykazuje miejscowy obrzęk z dwoma ubytkami, przez które zgłębnik przechodzi aż do okolicy tarczycy prawej wśród mas ropnych. Wytworzona ropowica *(phlegmona retropharyngealis)* szerzyła się opadowo, przechodząc ku przodowi na oba płaty tarczycy, a w dół na śródpiersie tylne, dając w następstwie obustronne ropne zapalenie opłucnej oraz włóknikowe zapalenie osierdzia.

2) *Sprawozdanie Zarządu:*

a) Przemówienie prezesa Wydziału prof. Dr. Stefana Borowieckiego.

b) *Sprawozdanie sekretarza Wydziału* Doc. Dr. F. Łabendzińskiego za lata 1932—1934.

c) *Sprawozdanie skarbnika Wydziału* Dr. F. Zerbego.

3) *Wybory do zarządu na kadencję 1935—1937:*

Na przewodniczącego zebrania wyborczego zaproszono prof. Dr. St. Horoszkiewicza.

W wyniku wyborów zostali: prezesem Wydziału — prof. Dr. Witold Kapuściński; wiceprezesem — Dr. Leon Drożyński; sekretarzem — Dr. Kazimierz Stojałowski; skarbnikiem — Dr. Leon Konkolewski; wicesekretarzem — Dr. Kazimierz Neyman.

Do Komisji Rewizyjnej weszli: Dr. R. E. Matuszewski z Poznania i Dr. Niedźwiecki ze Środy.

4) *Wykłady:*

Prof. Dr. Oszacki (Kraków): *„Leczenie tlenem i bezwodnikiem węglowym przy niedomogach krążenia"*.

Na podstawie 22 przypadków opracowanych ze stanowiska zawartości gazów i ich ciśnień we krwi tętniczej i żylnej oraz w pęcherzykach, autor dochodzi do następujących wniosków:

a) Schorzenia sercowo-naczyniowe z niewyrównaniem nie powodują niedotlenienia odsetkowego krwi tętniczej, a więc wykazują prawidłowe ciśnienie częściowe tlenu. Natomiast często znajdujemy bezwzględne niedotlenienie krwi tętniczej jako wyraz mniejszej, czy większej niedokrewności.

b) Nawet zastoinowe nieżyty płuc nie powodują odsetkowego niedotlenienia krwi tętniczej.

c) Zapalenia płuc krupowe czy odoskrzelowe, podobnie jak niedodmy uciskowe płuc, powodowane wysiękami i przesiękami opłucnowemi, pociągają za sobą odsetkowe niedotlenienie krwi tętniczej.

d) Ograniczone sprawy chorobowe, w płucach się toczące: ropień, ograniczony proces gruźliczy i t. p., mogą nie powodować wcale odsetkowego niedotlenianja krwi tętniczej.

e) Przy niewyrównaniu krążenia spotykamy się z niedotlenieniem krwi tętniczej tylko przy powikłaniu sprawy krążeniowej przez przewlekłe czy ostre sprawy, upośledzające wymianę gazów w płucach. Są to procesy podwyższające ciśnienie pęcherzykowe CO_2, a obniżające pęcherzykowe ciśnienie tlenu (zła wentylacja) lub też powodujące niedodmę częściową lub rozlaną płuc lub wreszcie upośledzające samą dyfuzję gazów w płucach. Do takich spraw należą: zrosty opłucnowe, rozedma, wysiękowe, rozległe nieżyty oskrzeli, wreszcie sprawy sklerotyczne, toczące się w obrębie tętnicy płucnej.

Wszystko to są sprawy prowadzące do wzmożenia ciśnienia tętniczego w krążeniu małem z następowem przeciążeniem serca prawego i jego niedomogą. Można je objąć nazwą zespołu krążeniowo-płucnego.

f) Najdalej posunięte niedotlenienia krwi tętniczej spotykamy właśnie w przypadkach opisanych pod a) i e), z równocześnie występującem przeładowaniem krwi żylnej i tętniczej bezwodnikiem węglowym. Tak duże wartości odsetkowe CO_2 i pCO_2 we krwi, jak przy zespole krążeniowo-płucnym spotykamy tylko w tych przypadkach niewyrównania krążenia bez powikłań płucnych, gdzie niedomoga serca prawego występowała wyraźnie na pierwszy plan (przypadek zastawkowej niedomogi serca prawego obok miażdżycy tętnicy płucnej).

g) O ile można wnosić na podstawie tylko makroskopowych obrazów anatomicznych, miażdżyca tętnicy płucnej tylko wtedy upośledza wymianę gazów pomiędzy krwią a pęcherzykami, gdy jest większego stopnia i dotyczy mniejszych naczyń.

h) Natomiast rozległa skleroza płucna, nawet bez dalszych powikłań płucnych, może przy niedomodze krążenia powodować niedotlenienie krwi tętniczej.

i) Zespołowi krążeniowo-płucnemu, opisanemu pod e) towarzyszy często przewaga elektrograficzna załamka p_2 i p_3 nad p_1. Odpowiada to przerostowi prawego przedsionka, jaki spotykamy stale przy obdukcji tych przypadków.

i) Pomimo wysokich wartości CO_2 pCO_2 nie stwierdzono w tych przypadkach wyraźnej kwasicy krwi.

W dyskusji:

a) Kol. L i n k e (czł. Wydziału): podkreśla znaczenie przy powstawaniu anoksemji z sinicą typu bladego obecności w pęcherzykach płucnych płynu wysiękowego. Szczególnie jaskrawo występuje to przy ostrym obrzęku płucnym. Tłumaczyć to należy powstałemi zaburzeniami w wymianie gazowej w pęcherzykach płucnych, wypełnionych w mniejszym lub większym stopniu płynem. Przyjmując pod uwagę rozmaity współczynnik rozpuszczalności w wodzie dla tlenu i dla dwutlenku węgla, (ostatni rozpuszcza się w wodzie 10-krotnie łatwiej od tlenu), staje się zrozumiałem, dlaczego np. w ostrym obrzęku płucnym brak we krwi bezwodnika węgla.

Mała ilość we krwi bezwodnika węglowego jest przyczyną powstawania sinicy typu bladego, a śmierć następuje spowodu porażenia ośrodka oddechowego, dla którego CO_2 jest niezbędnym bodźcem. Dlatego też jedynie racjonalnym zabiegiem leczniczym jest podawanie choremu nie czystego tlenu, lecz ze znaczną domieszką CO_2.

b) Kol. H a n a s z (czł. Wydziału): zapytuje o zmiany załamka P w elektrokardjogramie.

c) Kol. H r y n i e w i e c k i (czł. Wydziału) zapytuje: a) czy wolno podawać tlen do wdychania pod ciśnieniem większem od 1 atmosfery w obawie pęknięcia pęcherzyków płucnych. b) Jak technicznie dodawać do tlenu 3% CO_2 w razie sinicy bladej. c) Czy stosowanie samego tlenu przy dwustronnem płatowem zapaleniu płuc jest wskazane, jeżeli niema możności obliczenia procentu zawartości CO_2 we krwi.

d) Prof. Dr. Karol M a y e r (czł. Wydziału): wobec tak ważnych przez prelegenta podanych wskazań do leczenia tlenem, zasługuje na szczególniejszą uwagę nowy sposób wdychania tlenu, polegający na wyzyskaniu zdolności oddychania skóry. Cała powierzchnia skóry ludzkiej wynosi 1/50 część wewnętrznej powierzchni oddechowej płuc. Stwierdzono, że w tym stosunku powierzchnia skóry wchłania tę samą ilość tlenu, co wewnętrzna powierzchnia płuc, a co dotyczy ogólnego zapotrzebowania tlenu przez cały ustrój, to oddychanie skórne pokrywa 1/200 część tego ogólnego zapotrzebowania tlenu podczas spoczynku mięśniowego. U niższych zwierząt oddychanie skórne stanowi jedyną drogę wchłaniania tlenu. Nawet u płazów jeszcze wśród sprzyjających okoliczności oddychanie skórne wystarcza do utrzymania ich przy życiu: np. żaby, którym wyjęto płuca, pokrywały całe zapotrzebowanie tlenu przez skórę, jeżeli przebywały w odpowiednio zimnem powietrzu. U człowieka wprawdzie zdolność wdychania tlenu przez skórę jest mniejszą, wszelako jeszcze dostatecznie wielka wobec poprzednio wymienionych liczb. Toteż literatura fizjologiczna słusznie proponuje wyzyskanie oddychania skórnego w przypadkach, w których z różnych powodów (np. wskutek uszkodzenia płuc przez gazy bojowe) powierzchnia oddechowa płuc się zmniejszyła. W tym celu wpuszcza się stale pod ubranie chorego lub pod kołdrę tlen. Jabym proponował umieszczanie takich chorych po szyję w szczelnych workach, wypełnionych tlenem lub w odpowiednich skrzyniach, podobnych do skrzyń dla kąpieli świetlnych. Badania fizjologiczne dostarczyły jeszcze wiele innych niezmiernie ważnych wiadomości, niewyzyskanych dotychczas wcale w medycynie praktycznej; pod niejednym względem pokrewne badania samodzielne prelegenta świadczą wymownie o znaczeniu praktycznego zastosowania wyników takich badań.

W. Kapuściński, Prezes.
K. Stojałowski, Sekretarz.

Towarzystwo Lekarskie Warszawskie.

Protokół posiedzenia naukowego z dnia 6 listopada 1934 r.

1. Kol. Z a o r s k i (członek T-wa) i L a s k o w s k i referują: *„Ulcus pepticum perforans diverticuli Meckeli"* (streszczenie własne).

Autorowie na podstawie operowanego przypadku i na podstawie odpowiedniego piśmiennictwa stwierdzają, że uchyłki Meckela nie są taką rzadkością, za jakie je uważamy. Obecności ich jednak nie można łatwo rozpoznać (niewyjaśnione krwawienie z odbytu) bez operacji. Zresztą sama obecność uchyłka nie wymaga zabiegu, natomiast powinien on być zawsze usuwany, kiedy zostanie znaleziony po otwarciu jamy brzusznej z innych powodów. Pozostawiony uchyłek grozi powikłaniami bezpośredniemi (zapalenie, owrzodzenie, pęknięcie) lub pośredniemi (zrosty, przetoki wewnętrzne, wgłobienia i t. d.). Postępowanie operacyjne zarówno w operacjach „na zimno", jak i wobec ostrych schorzeń uchyłka kształtować się winno taksamo, jak przy schorzeniach wyrostka robaczkowego. W przypadku własnym autor znalazł zapalenie i pęknięte owrzodzenie uchyłka, które w następstwie wywołało częściowo otorbione, częściowo ogólne zapalenie otrzewnej. Podczas zabiegu autor usunął wyrostek, uchyłek Meckela i zaszył szczelnie otrzewną aż do skóry. Ranę skośną zwęził od dołu i góry, pozostawiając część środkową niezaszytą. Zaszycie otrzewnej i pozostawienie części skórnej rany niezaszytej autor podkreśla jako postępowanie jedyne, do którego doszedł na podstawie własnych licznych operacyj wyrostka robaczkowego u dzieci.

W dyskusji:

Kol. L a s k o w s k i J.: Uchyłek Meckela jest jednem z najczęstszych zaburzeń rozwojowych przewodu pokarmowego. W życiu zarodkowem istnieje połączenie między pępkiem a przewodem pokarmowym pod postacią przewodu pępkowo-jelitowego. W pewnych przypadkach część przyjelitowa tego przewodu pozostaje i jest znana pod nazwą uchyłka Meckela. Posiada on budowę, odpowiadającą budowie ściany jelita. W uchyłku Meckela rozwija się czasami śluzówka żołądka. Odosobniony ostry stan zapalny uchyłka dzielimy na: a) *diverticulitis simplex s. catarrhalis* (nasilenie zapalenia niewielkie); b) *diverticulitis ulcerosa* (tworzenie się owrzodzeń); c) *diverticulitis abscedens* (powstawanie ropni w ścianie uchyłka; d) *diverticulitis perforativa* (w przypadkach przedziurawienia ściany); e) *diverticulitis gangraenosa* (zgorzel całego uchyłka). Istnieją również przewlekłe zapalenia uchyłka, lecz dotychczas są one mało zbadane. Charakterystyczne cechy wrzodów trawiennych uchyłka są następujące: a) zjawiają się w wieku młodym; b) znajdujemy w nich obecność błony śluzowej żołądka; c) mają typ ostrego okrągłego wrzodu żołądka o brzegach ostro ciętych; d) brak zapalenia całej ściany uchyłka; e) duża ilość komórek okładzinowych w śluzówce uchyłka; f) owrzodzenie umiejscowione bywa na granicy żołądkowej i jelitowej części śluzówki. W naszym przypadku na podstawie badania makroskopowego i mikroskopowego musimy rozpoznać wrzód trawienny uchyłka. Mechanizm powstania tego owrzodzenia można sobie tłumaczyć zaburzeniem w krążeniu i martwicą, a wydzielina żołądkowej śluzówki uchyłka zadziałała już na jego obumarłą część. Patogeneza wrzodu żołądka wogóle nie została jeszcze wyjaśniona. W mechanizmie powstawania wrzodu żołądka należy odróżnić szereg momentów. Momentem wywołującym mogą być czynniki nerwowe. Ostatniem ogniwem jest zaburzenie w krążeniu. Zjawia się zawał i dopiero kwaśna zawartość żołądka trawi ten zawał. Wrzody uchyłkowe potwierdzają stanowisko Hausnera. We wszystkich przypadkach wrzodu uchyłka znajdowano błonę śluzową żołądka, a nie we wszystkich przypadkach obecności tej śluzówki znajdowano wrzód.

Kol. K r y ń s k i L. (członek T-wa), zgadza się z kol. Z a o r s k i m co do trudności rozpoznawczych omówionego przypadku. Trudności te są duże dlatego, że nie myślimy o takich sprawach ze względu na ich rzadkie występowanie. Wystarczą jednak objawy kliniczne, które upoważniają do zabiegu operacyjnego. Po otwarciu jamy brzusznej możemy stwierdzić pomyłkę, lecz mimo to droga lecznicza była odpowiednia i daje dobre wyniki. Następnie mówca zwraca uwagę na niestosowne używanie przymiotnika „otrzewnowy" zamiast „otrzewny".

Kol. R u t k o w s k i J. (członek T-wa), nawiązując do referatu, omawia przypadek przedziurawionego wrzodu jelita cienkiego, który należało uważać za *ulcus simplex* na podstawie ujemnego odczynu Widala we krwi chorego, sekcji zwłok i badania mikroskopowego ściany owrzodzenia.

Objawy zapalenia w uchyłku Meckela są takie, jak objawy zapalenia wyrostka robaczkowego. Sposób operowania uchyłka musi być inny, niż sposób operowania wyrostka, gdyż podstawa uchyłka jest szersza i znajduje się na jelicie cienkiem, które ma światło węższe niż kątnica. Na kątnicy nie zachodzi obawa zwężenia światła. Mówca operował już niedrożność jelit z zawęźleniа spowodowaną uchyłkiem Meckela. Wierzchołek uchyłka był przylepiony do jelita cienkiego. Pod uchyłkiem przeszła druga pętla jelita cienkiego i uległa zaciśnięciu.

Kol. G e r n e r K. (członek T-wa), uważa, że wrzód w uchyłku Meckela odegrał dużą rolę w wyjaśnieniu patogenezy wrzodu żołądka. Z jednej strony usiłowano zbadać kwestję, dlaczego błona śluzowa żołądka nie trawi samej siebie, a z drugiej, dlaczego ten sam sok nie trawi śluzówki dwunastnicy. Potem przeprowadzono analogję pomiędzy uchyłkiem Meckela a innemi narządami ustroju. Eksperymentalnie dowiedziono, że żywa tkanka, o ile jest dobrze ukrwiona, nie ulega strawieniu przez sok żołądkowy. Niema natomiast wyjaśnienia, dlaczego ta żywa tkanka nie została strawiona. Zdaniem mówcy panuje tu prawo Lumièr'a, że żywe koloidy nie wchodzą w żadną reakcję che-

miczną z jakiemikolwiek czynnikami. Dziś kwestja, dlaczego żołądek sam siebie nie trawi, została już rozwiązana, o ile powyższe prawo zostanie potwierdzone przez badania. O ile chodzi o powstanie wrzodu trawiennego, to zdaniem Lumiěr'a muszą zajść zmiany w śluzówce, ażeby nastąpiło strącenie kolo-idów, które z żywych przechodzą w martwe. Kolega Laskowski przytoczył zdanie badacza, który tłumaczy mechaniczne powstanie wrzodu żołądka. Dziś termin „choroba wrzodowa" świadczy, że badacze skłaniają się do uznania jej za chorobę ustrojową, a nie miejscową. W pewnych przypadkach czynniki mechaniczne odgrywają jednak rolę.

Kol. Zaorski J. (członek T-wa), uważa, że rozstrzygnięcie pytania, czy otwierać jamę brzuszną, czy nie, jest zanadto uproszczonym sposobem rozumowania. Powinniśmy określić, jak wygląda narząd, który ma ulec operacji. Prelegent przytacza trzy przypadki chorych dzieci, u których, kierując się ich stanem ogólnym i badaniem klinicznem, odtworzył sobie należycie stan wyrostka robaczkowego oraz jamy brzusznej i doszedł do wniosku, że u chorych wyrostek pękł i wywołał wysięk ropny, zajmujący jamę Douglasa. W tych trzech przypadkach ograniczono się do nacięcia jamy Douglasa. Po zabiegu stan ogólny dzieci poprawił się do tego stopnia, że po 3 miesiącach można było usunąć wyrostek, w którym były zbliznowacenia z kolbowatemi zgrubieniami. Nie możemy się dziś ograniczyć do tego, że jest ropne zapalenie otrzewnej, a więc otwierać jamę brzuszną. Trzeba się zastanowić, czy mniej radykalny sposób nie przyniesie lepszego rezultatu.

Co do uwagi kol. Rutkowskiego, to prelegent w omówionym przypadku usunął kikut sposobem typowym dla uchyłka.

Kol. Laskowski nie zgadza się z kol. Gernerem, że stosunek, jaki istnieje między żołądkiem a jelitem cienkiem, można porównać ze śluzówką żołądka w uchyłku Meckela, a śluzówką jelitową tego uchyłka, gdyż śluzówka jelita jest oblewana przez soki alkaliczne, neutralizujące sok żołądkowy. Tych warunków w uchyłku Meckela niema. Niema soku trzustkowego i żółci, któraby soki żołądkowe neutralizowała.

Co do patogenezy wrzodu żołądka, stanowisko kol. Gernera popiera moją tezę. Sok żołądkowy nie jest decydującym momentem. Jest potrzebny, ale nie decydujący. Natomiast konieczne jest pewne zaburzenie w krążeniu, które doprowadza do głębokich zmian i wtedy dopiero następuje akt strawienia przez sok żołądkowy. Odnośnie do ogólnej natury wrzodu żołądka, jest to przesunięcie punktu ciężkości tego zagadnienia na teren ogólny, kliniczny. Pewien z badaczy, który zajmował się zależnością wrzodów żołądkowych od innych szkodliwości, znajdował wrzody u dzieci pedatroficznych. Te czynniki ogólnej natury należą do pierwszych ogniw. Ostatniem ogniwem są miejscowe zmiany.

Sekretarz Doroczny: *Aleksander Pruszczyński.*
Prezes: *Ludwik Paszkiewicz.*

Towarzystwo Lekarskie Wileńskie.

Protokół 17 posiedzenia naukowego wspólnie z Wileńskiem T-wem Chirurgów z dnia 30 maja 1934 r.

Przewodniczący: Prof. Dr. med. Wł. Jakowicki.

1. Dr. Perelman wygłosił referat p. t.: *„Gruźlica nerki w obrazie rentgenowskim"*.

Wnioski referenta oparte są na materjale Kliniki Chirurgicznej Prof. Biera i Jozepha w Berlinie i obejmują okres dziesięciu lat. Pomyślne wyniki nefrektomji w jednostronnej gruźlicy nerek są rezultatem rozwoju i szerokiego zastosowania metod urologicznych, przedewszystkiem cystoskopji razem z próbą indygokarminową.

Wszystkie dotychczasowe metody rozpoznania gruźlicy nerek mają swoje braki i dlatego wyniki ich muszą być krytycznie oceniane. Szczególne trudności rozpoznawcze sprawiają:

a) przypadki w początku choroby, gdy sprawa ogranicza się do małej części nerki i miedniczki;

b) przypadki ze zwężeniem moczowodu, powodującem niemożność cewnikowania;

c) przypadki, w których zakażenie mieszane prowadzi do przebiegu nietypowego;

d) przypadki schorzenia obustronnego;

e) przypadki ze skurczonym wskutek owrzodzeń pęcherzem, gdy cystoskopja nawet w znieczuleniu lędźwiowem i krzyżowem nie jest możliwa;

e) przypadki zwężeń cewki moczowej lub gruźlicy sterczu, w których wprowadzenie przyrządu jest niemożliwe;

g) pacjenci młodzi o narządach małych i delikatnej budowie.

W tych wszystkich przypadkach próbowano uprzednio rozpoznać chorobę zapomocą metod dodatkowych; wyniki ich były niezawsze zadowalające, rozpoznanie było niemożliwe i kwestja leczenia zostawała otwarta.

Nadzwyczaj cenne wyniki dało wprowadzenie promieni Roentgena do kliniki gruźlicy nerek. Badanie rentgenowskie stosuje się bądź w postaci zwykłego zdjęcia, bądź też wypełnienia płynem kontrastowym od dołu lub dożylnie. Gruźlicze zniszczenie nerki i utworzenie się licznych jam prowadzi do powiększenia cienia nerki, który sięga często od jedenastego żebra do grzebienia kości biodrowej. Często boczna część cienia wskutek utworzenia jam ma nieregularne kontury. Czasem marskość nerki prowadzi do zmniejszenia jej cienia. Znacznie większe znaczenie rozpoznawcze mają złogi wapnia. Wapniowe złogi leżą rozrzucone po całej nerce lub w jednym biegunie i mają kształt okrągły, owalny i często tylko na obwodzie wykazują obecność wapnia. Od kamieni różnią się swojem położeniem lub kształtem. Jednoczesne istnienie kamienia i gruźlicy lub tworzenie się prawdziwych kamieni z mas serowatych spotyka się niezbyt często. Odróżnienia innych tworów, dających cień na zdjęciu, można dokonać zapomocą pyelografji.

Większe znaczenie rozpoznawcze ma pyelografja wsteczna (Lichtenberg 1911) i dożylna (Lichtenberg 1929). Jeżeli w początku cierpienia zmiany na zdjęciu są minimalne, to w miarę rozwoju schorzenia znajdujemy takie zmiany, które pozwalają z łatwością postawić rozpoznanie. Znajdujemy różne zmiany w miedniczce i w kielichach, utworzenie jam, łączących się z miedniczką, w które przenika masa kontrastowa i to daje nam plastyczny obraz zniszczenia miąższu nerki. W razie przejścia gruźlicy na moczowód zachodzą w nim ciężkie zmiany, jak np.: skrócenie, utrata esowatego kształtu i wytworzenie zwężenia. Doświadczenie ostatnich lat udowodniło, że pyelografja dożylna jest jedną z najważniejszych metod badania. Jest ona niebolesna, daje nam obraz nietylko chorej nerki, ale również i drugiej, zdrowej. Prawidłowe tłumaczenie zdjęć wymaga wielkiego doświadczenia i oceny wszystkich objawów klinicznych.

Przy zachowaniu tych warunków udaje się wyjaśnić takie przypadki gruźlicy nerek, które dotychczas zostałyby nierozpoznane. Badanie pęcherza moczowego zapomocą napełnienia płynem kontrastowym od dołu w gruźlicy daje nam obraz zmian w jego kształcie; w uszkodzeniach ujścia moczowodu masa kontrastowa wznosi się do miedniczki *(Reflux)*. Z temi wszystkiemi zjawiskami należy się liczyć przy decydowaniu o możliwości zabiegu operacyjnego.

Demonstracja 24 różnych zdjęć rentgenowskich i pyelografji, ilustrujących wnioski prelegenta.

W dyskusji nad wygłoszonym referatem Prof. Michejda zaznacza, że pyelografja istotniejsze ma znaczenie w rozpoznawaniu kamicy nerkowej niż gruźlicy, która i tak ze swych objawów klinicznych jest łatwa do rozpoznania. Tem niemniej jednak dzięki pyelografji nastąpiło rozszerzenie wskazań do operacyj przy gruźlicy nerki; ponieważ po usunięciu schorzałej na tle gruźlicy nerki często ulega zupełnemu wygojeniu dotknięta tem schorzeniem reszta narządów moczopłciowych, metoda ta oddaje ogromne usługi, zwłaszcza przy małej pojemności pęcherza, gdzie dotychczasowemi metodami trudno było ustalić obecność i stan poszczególnej nerki.

W dalszym ciągu Prof. Michejda zademonstrował szereg rentgenogramów z pyelografją.

2. *Pokazy chorych:*

Dr. Kiakszto demonstruje chorego, który przed pięciu miesiącami uniósł znacznych rozmiarów kamień, w rezultacie czego nastąpił rozstęp mięśni *(m. rect. abd.)* i wytworzyła się przepuklina wzdłuż linji środkowej. Chory efektownie demonstruje przez nadymanie się worka przepuklinowego.

Prof. Michejda demonstruje chorą T. I., lat 32, która zgłosiła się do Kliniki dnia 24 kwietnia 1934 r. W wyniku badania klinicznego rozpoznano guz jelita grubego, podejrzewając *Ca colonis transversi*. W czasie operacji przekonano się, że guz wychodzi z jelita ślepego, tworząc zlaną całość z częścią wstępującą jelita grubego, jest ruchomy; przerzutów nie stwierdzono. Dokonano jednoczasowo resekcji części jelita doprowadzającego i jelita grubego do połowy poprzecznicy, zaś *ileotransversotomia* zapewniła pasaż. Obecnie chora czuje się dobrze. Badanie histopatologiczne usuniętego guza dało wynik nieoczekiwany, bo nie stwierdzono wyraźnego rozrostu nowotworowego (rakowatego), a raczej rozrost gruczolakowaty na tle zapalnem.

W dyskusji nad powyższym przypadkiem Dr. Kapłan przypomina własny przypadek, w którym badanie kliniczne stwier-

dziło u chorego ciężkie zapalenie kątnicy, mimo że sprawa wyglądała zdecydowanie nowotworowo, zaś prof. Huberer zebrał 3 przypadki guzów kątnicy, gdzie rozpoznawana sprawa nowotworowa okazała się w czasie operacji sprawą zapalną.

W dalszym ciągu prof. Michejda zademonstrował 2 chore po dokonanej torakoplastyce.

Pierwsza, obecnie o kwitnącym wyglądzie, zgłosiła się rok temu do Kliniki z dużemi zmianami gruźliczemi w lewem płucu oraz z wysiękiem lewostronnym. Przedtem była leczona zakładaniem kilkakrotnem odmy. W Klinice dokonano wyrwania nerwu przeponowego lewego, zaś w tydzień potem torakoplastykę lewostronną z resekcją jedenastu żeber.

Druga chora przybyła do Kliniki z wysiękiem prawostronnym (tło gruźlicze) również po odmie. Po dokonanem wyrwaniu nerwu przeponowego prawego i torakoplastyce prawostronnej z resekcją dziesięciu żeber obecny stan chorej dobry.

Dr. A. Zalewski zademonstrował przypadek *mięsaka kości udowej* u chorego, który przez 6 miesięcy był leczony spowodu błędnego rozpoznania gruźliczego zapalenia stawu biodrowego, a potem sprawy zapalnej ropnej. Stosowano naświetlania a nawet wstrzykiwania propidonu i omnadyny. Rentgenowany nie był. Referent zwraca uwagę na trudność rozpoznania tych spraw bez zdjęcia rentgenologicznego we wczesnych okresach.

Drugi chory zademonstrowany z ciężkiem uszkodzeniem więzadeł krzyżowych wewnętrznych stawu kolanowego. Chory w sposób obrazowy sam demonstruje ruchy patologiczne kolana, zwłaszcza fleksję nazewnątrz.

Dr. Cholem referował własny przypadek: u chorego, lat 52, stwierdzono kamień w pęcherzu wielkości wiśni. Dnia 22 maja 1934 r. referent dokonał litotrypsji w znieczuleniu perkainowem. Do znieczulenia użył 20 cm³ perkainy w rozcieńczeniu 1 : 1000. Kamień został usunięty. Po operacji chory czuł się źle, wystąpiło ogólne przygnębienie, a po trzech godzinach zaróżowienie skóry, przyśpieszenie tętna, niepokój, brak reakcji na otoczenie. Jednocześnie stwierdzono znaczne powiększenie pęcherza, wobec czego założono cewnik i odprowadzono sporą ilość krwawego moczu i przepłókano pęcherz riwanolem. Po dwunastu godzinach zgon wśród objawów ostrego zatrucia. Referent wyłącza uszkodzenie pęcherza, krwawienie i ze względu na krótki czas infekcję, natomiast całą winę przypisuje trującemu działaniu perkainy, która jako pochodna chininy, nawet wobec nieznacznych uszkodzeń śluzówki pęcherza może dać zatrucie. Dr. Cholem zebrał z literatury 8 przypadków zatrucia perkainą. Referent przestrzega przed stosowaniem tego środka i sądzi, że nie jest on niewinnym środkiem znieczulającym, za jaki uchodzi.

W dyskusji nad przypadkiem prof. Michejda zaznacza, że tem dziwniejsze wydaje się zejście śmiertelne w zreferowanym nieszczęśliwym przypadku, że pęcherz resorbuje wogóle słabo, a w Klinice Krakowskiej do znieczulenia pęcherza stosowano 20 cm³ — 20% kokainy i nie było nigdy zatrucia.

Prof. Jakowicki zaznacza, że w Klinice Ginekologicznej U. S. B. stosowana była przed paru laty perkaina do drobnych zabiegów, zwłaszcza szycia krocza, a więc w terenie dobrze unaczynionym i mimo to nie było zatrucia, z wyjątkiem jednego przypadku zakończonego śmiercią na skutek przedawkowania tego środka przez nieszczęśliwy zbieg okoliczności.

Prof. Jakowicki demonstruje preparat usunięty drogą operacyjną, jako *skręt trąbki prawej u pierwiastki, będącej w 9 mies. ciąży*. Klinicznie rozpoznano zapalenie wyrostka robaczkowego. Referent zwraca uwagę na rzadkość podobnych przypadków.

3. Prof. Michejda w skróceniu podał referat pod tytułem: *„Druga serja zapaleń wyrostka robaczkowego w Klinice Chirurgicznej U. S. B. (800 przypadków“)*, z którego wynika, że II serja zapaleń wyrostka robaczkowego w Klinice Chirurgicznej Wileńskiej obejmuje 800 przypadków za czas od 1930/31 do dnia 5 maja 1933/34. Na 800 przypadków było ostrych 418, przewlekłych 382 (52,25% i 47,75%). W porównaniu z zestawieniem I serji (1922/23—1929/30) zapalenie wyrostka robaczkowego zaznacza się zmianą na korzyść wypadków ostrych. W I serji ostrych było 377, a przewlekłych 573, co wynosi 39,6% i 60,4%. Tu znalazło wyraz dążenie do operowania przypadków w ostrem stadjum. Jeśli chodzi o stosunek zachorowań na zapalenie wyrostka robaczkowego u mężczyzn i kobiet, to wynosi on 335 : 465. Podział według miejsca pochodzenia następujący: 467 — Wilno, 333 — prowincja. Ilość przypadków powikłanych dla Wilna wynosi 23 = 4,9%, dla prowincji 50 = 15,1%. Znaczna większość chorych operowanych w ostrym okresie zgłosiła się już w pierwszym lub drugim ataku.

Na 418 operowanych w ostrym okresie 341 zgłosiło się w pierwszym bądź drugim ataku. W grupie wypadków ostrych, do których były zaliczone przypadki z przedziurawieniem wyrostka, zgorzelą wyrostka — śmiertelności nie było. W I zaś serji było aż 6 przypadków śmiertelnych.

W myśl propagowania nowego dążenia do zaszywania szczelnego jamy brzusznej, na 345 przypadków ostrego zapalenia wyrostka robaczkowego szew szczelny powłok wykonano w 310 przypadkach = 90,8%. Tamponadę lub drenaż w 35 przypadkach = 9,2%. Przypadków śmiertelnych w II serji było 12 = 1.5%. Wśród przypadków ostrych powikłanych zmarło 10 osób, z czego 9 spowodu zapalenia rozlanego otrzewnej, 1 przypadek spowodu ropnia okołowyrostkowego i ropnia w jamie Douglasa. Wśród przypadków przewlekłych (na 382) zmarło 2 (0,52%). Obie chore zmarły spowodu zaczopowania tętnicy płucnej.

Sekretarz: *Dr. J. Ryll-Nardzewska.*

WIADOMOŚCI BIEŻĄCE.

Ruch w Towarzystwach Lekarskich i Zjazdy.

XV Karlsbadzki Międzynarodowy Kurs dokształcający dla lekarzy ze szczególnem uwzględnieniem balneologji i balneoterapji odbędzie się od 8—14 września b. r. Wykłady z najważniejszych i najbardziej aktualnych zagadnień medycyny wygłoszą wybitni klinicyści i teoretycy. Opłata za kurs wynosi 100 koron czeskich, od osób towarzyszących 30 kor. cz. Koleje czecho-słowackie udzielą 33% zniżki od granicy do Karsbadu i spowrotem. Uczestnicy kursu otrzymają bezpłatnie wydrukowane sprawozdanie z kursu. Informacyj udziela Dr. Edgar Ganz, Karlsbad.

Międzynarodowy Tydzień Lekarski w Szwajcarji (Montreux 9—14 września 1935). Program: 8. IX. Powitalny wieczór w Kasynie w Montreux. 9. IX. Otwarcie Międzynarodowego Tygodnia Lekarskiego. Ogólna terapja. 10. IX. Witaminy i hormony. 11. IX. Medycyna wewnętrzna. 12. IX. Pedjatrja i odżywianie. 13. IX. Rak i promieniolecznictwo. 14. IX. Aktualne pytania. Posiedzenia będą się odbywały w Montreux-Palace od godz. 9-tej. Oprócz referatów przewidziane są naukowe i towarzyskie wycieczki, jak zwiedzanie klinik (m. in. nowej kliniki lek. Uniwersytetu w Lozannie) i instytutów naukowych, śniadanie w zamku Chillon, bankiet, zwiedzanie fabryki Nestle'a w Broc. Zorganizowana będzie wystawa preparatów chemiczno-farmaceutycznych i aparatów lekarskich. Uczestnikom przysługiwać będą znaczne udogodnienia tak w podróży (zniżki, wolne przejazdy), jak w czasie pobytu.

Różne.

Z kraju.

Choroby zakaźne w Polsce w czasie od 9. XII. do 31. XII. 1934.

Choroby	Tydzień 50 9.XII-15.XII	Tydzień 51 16/XII-22 XII	Tydzień 52 23/XII-29 XII	Tydzień 53 30/XII-31 XII
Dżuma	—	—	—	—
Ospa	—	—	—	—
Cholera azjatycka	—	—	—	—
Dur brzuszny	351 (47)	377 (41)	241 (24)	127 (15)
Dury rzekome	—	3	—	—
Dur plamisty	38 (1)	33 (1)	39 (3)	14 (1)
Dur powrotny	—	—	1	—
Czerwonka	19 (6)	21 (4)	9	3
Szkarlatyna	471 (12)	433 (7)	268 (6)	110 (3)
Błonica	718 (30)	645 (28)	502 (47)	206 (17)
Nagm. zap. op. m.-rdz.	10 (5)	8 (2)	8 (1)	1
Odra	915 (4)	853 (16)	442 (8)	170 (3)
Róża	87 (7)	81 (6)	69 (4)	35 (3)
Krztusiec	238 (2)	157 (5)	110 (1)	86 (7)
Zimnica	—	—	—	—
Gorączka połogowa	36 (9)	32 (7)	30 (2)	6 (2)
Trąd	—	—	—	—
Jaglica	501	661	304	78
Wąglik	—	2	—	—
Nosacizna	—	—	—	—
Włośnica	5	2	5	1
Wścieklizna	1 (1)	—	1 (1)	—
Zakażenie kiełbasiane	7 (1)	—	—	—
Choroba Heine-Medina	—	2 (1)	1	—
Twardziel	—	—	—	—
Inne choroby zakaźne	57 (2)	54 (2)	42 (2)	24 (1)

Liczby w nawiasie oznaczają ilość zgonów.

W związku z wystawą p. n. „Opieka nad Dzieckiem i Młodzieżą w Łodzi i województwie łódzkiem" Komitet Wystawy wystosował do społeczeństwa łódzkiego odezwę, wzywającą do pracy nad wychowaniem młodego pokolenia.

Państwowa Wytwórnia masek przeciwgazowych w Radomiu opracowała i wypuściła na rynek nowy przyrząd ochronny zwany kapturem przeciwgazowym, który skutecznie zapobiega zatruciu gazami przemysłowemi. Kaptur przeciwgazowy może być także zastosowany przy czyszczeniu metali silnym strumieniem piasku oraz przy automatycznem malowaniu przetworów metalowych. Przez zastosowanie kaptura przeciwgazowego w przemyśle zmniejszy się liczba zatruć przy pracy i chorób zawodowych. (Inst. Spraw. Społ.).

N i e m c y.

Liczba studentów Żydów na wydziałach lekarskich w Niemczech spadła z 1.893 w roku 1932/33 na 336 w roku 1933/34.

W Niemczech wytwarza się obecnie olejek terpentynowy nowo opracowaną metodą; otrzymany tą metodą olejek dorównuje olejkom francuskim i amerykańskim.

Dnia 2 maja b. r. odbyła się uroczystość w auli Uniwersytetu Berlińskiego dla uczczenia 25-lecia śmierci R. Kocha. W uroczystości wzięli udział także przedstawiciele władz państwowych. Od 27 maja do 8 czerwca b. r. była urządzona wystawa pamiątek po R. Kochu. Szpital miejski w Berlinie otrzymał nazwę miejskiego szpitala R. Kocha.

Międzynarodowy Zjazd, poświęcony sprawom polityki ludnościowej, odbędzie się w Berlinie od 9—15 września b. r.

Muzeum w Monachjum obchodziło ostatnio dziesięciolecie swego założenia; z tej okazji postawiono na dziedzińcu muzeum popiersie Roberta Kocha i Konrada Roentgena.

W Niemczech w ostatnich czasach szerzy się ruch przeciw szczepieniom, zapoczątkowany przez Streichera. Utrzymuje on, że obce ciała zawarte w surowicach ochronnych są jadowite dla organizmu. Do ruchu tego przyłącza się też Dr. Wagner, prezes związku lekarzy niemieckich.

A u s t r j a — N i e m c y.

W wielu zakładach przemysłowych Austrji i Niemiec stosują aparat zwany „biomotorem", który zastępuje ręczne wykonywanie sztucznego oddychania. Aparat waży 25 kg, jest przenośny i poruszany małym motorem elektrycznym. (Inst. Spr. Społ.).

M o r a w y.

Na Morawach zanotowano bardzo liczne przypadki pellagry.

F r a n c j a.

W Pau zmarł Dr. Ph. Tissié, fizjolog, wybitny teoretyk wychowania fizycznego we Francji.

J u g o s ł a w j a.

Ministrem Wychowania Fizycznego w Jugosławji (!) został mianowany Dr. Ljudenit Auer.

Komunikaty.

X Z j a z d H i g j e n i s t ó w P o l s k i c h, poświęcony higjenie pracy i chorobom zawodowym, odbędzie się w Katowicach w czasie od 20—22 września b. r. Do 18 września informacyj udziela się w lokalu Tow. Higjenicznego, Warszawa, Karowa 31. Od 19 września b. r. informacyj udzielać będzie biuro informacyjne w Katowicach, którego adres będzie podany w jednym z następnych komunikatów. Głównemi tematami Zjazdu są: 1. Urządzenia higjeniczne na terenie województwa śląskiego. 2. Higjena pracy w górnictwie: a) urządzenia sanitarne w kopalniach; b) bezpieczeństwo pracy w górnictwie. 3. Higjena pracy w hutnictwie: a) w cynkowniach; b) w hutach żelaznych. 4. Zagadnienie wód ściekowych w przemyśle, ze szczególnem uwzględnieniem okresu kryzysowego. 5. Zagadnienie zadymiania w miejscowościach przemysłowych. Wyżej wymienione referaty wygłoszone będą na posiedzeniach plenarnych.

Reszta referatów będzie wygłoszona na posiedzeniach dwóch sekcyj: 1. Higjena pracy; 2. Chorób zawodowych. Spośród tych referatów dotychczas zgłoszono następujące: 1. Encephalitis na tle CO w górnictwie (zatrucie gazem wodnym). 2. Chroniczne zatrucie tlenkiem węgla. 3. Badania ścieków na Śląsku z punktu widzenia chemicznego. 4. Hałas w górnictwie. 5. Bakterjologja otoczenia w kopalni kruszcu. 6. Bakterjologja w kopalni węgla na miejscu pracy. 7. Urazy palucha w hutnictwie. 8. Uraz w związku z gruźlicą u górników i hutników. 9. Zawodowe uszkodzenia uszu u górników. 10. Pylica węglowa u górników. 11. Schorzenia zawodowe oka. 12. Serce u górnika ciężko pracującego. 13. Gruźlica u górników.

Składka za uczestnictwo w Zjeździe wynosi zł 10 dla członków i 5 zł dla osób towarzyszących. Uczestnikiem Zjazdu może być każda osoba, zajmująca się naukowo lub praktycznie higjeną. Komitet Wykonawczy przyjmuje zgłoszenia członkowstwa w Zjeździe, jak również składki członkowskie oraz wydaje karty uczestnictwa. Adres Komitetu Wykonawczego: Warszawa, Karowa 31. P. K. O. 1888. Zgłoszenia komunikatów przyjmuje Komitet Wykonawczy do dnia 1 sierpnia b. r.

Referaty zgłoszone i przyjęte na Zjazd oraz wnioski referentów w całości lub w dokładnem streszczeniu będą ogłoszone drukiem w miesięczniku „Zdrowie Publiczne", o ile w formie gotowej do druku będą przesłane Komitetowi do dnia 15 sierpnia b. r.

Redakcja otrzymała:

R. Rivoire: Les acquisitions nouvelles de l'endocrinologie. Wyd. Masson et Cie. Paryż, 1935.

E. E. Lauvers: Introduction à la chirurgie thoracique. Wyd. Masson et Cie. Paryż, 1935.

G. G. J. Rademaker: Réactions labyrinthiques et équilibre l'ataxie labyrinthique. Wyd. Masson et Cie. Paryż, 1935.

D. Paulian: Tumeurs de l'encéphale. Wyd. Masson et Cie. Paryż, 1935.

W. Grzywo-Dąbrowski: Polska bibljografja kryminologiczna, sądowo-lekarska i działów pokrewnych za r. 1934. Odbitka z „Czasopisma Sądowo-Lekarskiego". Nr. 2, 1935.

W. Grzywo-Dąbrowski: Polska bibljografja psychjatryczna i neurologiczna za r. 1934. Odbitka z „Rocznika Psychjatrycznego". Z. XXIV. 1935.

W. Grzywo-Dąbrowski: Z kazuityki samobójstwa. Odbitka z „Lekarza Polskiego". Nr. 5. 1935.

W. Grzywo-Dąbrowski: Sprawozdanie z czynności Zakładu Medycyny Sądowej Uniwersytetu Warszawskiego za r. 1934. Odbitka z „Czasopisma Sądowo-Lekarskiego". Nr. 2. 1935.

D. Levi: Leczenie wstrzykiwaniami w praktyce lekarskiej. Wyd. „Eskulap". Warszawa. 1934.

H. Higier: Migrena i stany pokrewne. Wyd. „Eskulap". Warszawa. 1934.

J. Węgierko: O cukrzycy i jej leczeniu. Wyd. „Eskulap". Warszawa. 1934.

J. Fliederbaum: Przyczyny powstawania i sposoby leczenia stanów obrzękowych. Wyd. „Eskulap". Warszawa. 1934.

A. Wojciechowski: Gruźlica chirurgiczna. Wyd. „Eskulap". Warszawa. 1934.

J. Glass: Rozpoznanie i leczenie stanów żółtaczkowych. Wyd. „Eskulap". Warszawa. 1935.

Droga do Zdrowia. Nr. 3. 1935.

Nouveau traité de médecine (neurologja) — pod redakcją G. H. Rogera, F. Widala i P. J. Teissiera. Wyd. Masson et Cie. Paryż. 1935.

L. Binet: Six conférences de physiologie. Wyd. Masson et Cie. Paryż. 1935.

L. Binet: Leçons de physiologie médico-chirurgicale. Wyd. Masson et Cie. Paryż. 1935.

Polski Kalendarz Lekarski 1935. Nakładem Księgarni Nowości we Lwowie.

Skévos Zervos: La maladie des pêcheurs d'éponges nus. Wyd. J. B. Baillière et Fils, Paris. (Odb. z „Paris Médical.". 1934).

Adres Redakcji i Administracji: Lwów, ul. Rutowskiego 9.